

Maestría en Salud Pública



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Tesis de grado

Caracterización de la mortalidad por suicidio consumado desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en Manizales, Colombia, 2015-2020

Sergio Andrés López Carvajal y Ángela Liliana Tovar Torres
Investigadores

Fundación Universitaria Juan N Corpas
Escuela De Medicina
Maestría en Salud Pública

Dra. María Luisa Latorre Castro
Directora de Tesis

Dra. Sandra Lucia Moreno Lozada
Codirectora

Bogotá, D. C. Colombia
Noviembre de 2022

Tabla De Contenido

Resumen.....	6
Abstract	7
Introducción	8
Justificación	10
Capítulo 1. Planteamiento del problema	12
Descripción del problema.	12
Pregunta de Investigación.....	15
Capítulo 1. Objetivos	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.....	16
Capítulo 2. Marco Teórico	17
Suicidio definiciones actuales.	17
Determinantes sociales de la salud desde la perspectiva de la OMS.	19
Capítulo 2. Estado del Arte.....	21
Capítulo 2. Marco Geográfico	31
Capítulo 3. Diseño Metodológico.....	38
Tipo de estudio.....	38
Fuentes de Información.	38
Muestra.	38
Análisis de la información.	39
Capítulo 4. Resultados.....	41
Base de Datos DANE 2015-2020	41
Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS: 2015-2020.	48
Capítulo 5. Análisis de los Resultados.	63
Capítulo 5. Conclusiones	68
Capítulo 5. Recomendaciones.....	71

Consideraciones Éticas.....	75
Bibliografía	76

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1. Pirámide poblacional de Manizales por grupos de edad	32
Ilustración 2. Tasa Bruta de Natalidad y Mortalidad para Manizales(2005-2020)..	33
Ilustración 3. Tasa de Suicidios Colombia y Manizales 2015-2020.....	41
Ilustración 4. Suicidios en Manizales por área de defunción 2015-2020.....	42
Ilustración 5. Porcentaje de suicidios Manizales por régimen de afiliación sumatoria total 2015-2020.....	43
Ilustración 6. Suicidios en Manizales por ocupación excluyendo vacías y sin información 2015-2020.....	44
Ilustración 7. Porcentaje de suicidios en Manizales por estado civil 2015-2020....	44
Ilustración 8. Suicidios en Manizales por sitio de defunción 2015-2020.....	45
Ilustración 9. Suicidios en Manizales por Sexo 2015-2020.....	46
Ilustración 10. Suicidios en Manizales por grupo de edad 2015-2020.....	47
Ilustración 11. Suicidios en Manizales por zona del hecho 2015-2020.....	48
Ilustración 12. Porcentaje de suicidios en Manizales estado conyugal total periodo 2015-2020.....	49
Ilustración 13. Suicidios en Manizales por estado conyugal 2015-2020.....	49
Ilustración 14. Suicidios en Manizales según nivel de escolaridad 2015-2020.....	50
Ilustración 15. Porcentaje de suicidios en Manizales por factor de vulnerabilidad 2015-2020.....	51
Ilustración 16. Suicidios en Manizales por sexo periodo 2015-2020.....	52
Ilustración 17. Suicidios en Manizales por grupo de edad y sexo 2015-202.....	53

Ilustración 18. Suicidios en Manizales por ciclo vital 2015-2020.....	54
Ilustración 19. Suicidios en Manizales por grupo de edad y sexo 2015 -2020.....	55
Ilustración 20. Suicidios en Manizales según ancestro racial 2015-2020.....	56
Ilustración 21. Suicidios en Manizales según diagnóstico CIE-10 consolidado 2015-2020.....	57
Ilustración 22. Suicidios en Manizales sexo masculino según diagnóstico CIE-10 consolidado 2015-2020.....	58
Ilustración 23. Suicidios en Manizales sexo femenino según diagnóstico CIE-10 consolidado 2015-2020.....	58
Ilustración 24. Suicidios en Manizales por mes de ocurrencia 2015-2020.....	59
Ilustración 25. Suicidios en Manizales por razón del suicidio 2015-2020.....	60
Ilustración 26. Suicidios en Manizales por razón del suicidio consolidado 2015- 2020.....	60
Ilustración 27. Suicidios en Manizales según mecanismo causal consolidado 2015- 2020.	61
Ilustración 28. Suicidios en Manizales según mecanismo causal 2015- 2020.....	62

Resumen

Objetivo: Describir el fenómeno del suicidio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en la población manizaleña entre 2015 y 2020, para conocer el perfil epidemiológico del fenómeno en la zona. **Metodología:** Se emplearon registros de información secundaria, se tomaron el total de casos de suicidio en la ciudad de Manizales, Caldas; durante el periodo 2015 al 2020, de las bases de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los casos de suicidio de las Cifras de lesiones de causa externa en Colombia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses- FORENSIS. **Resultados:** Se encontró que la tasa de suicidios en Manizales fue superior que la tasa de suicidios de Colombia, el mayor porcentaje de suicidios ocurrió en la cabecera municipal, siendo mayormente afectados los hombres, y por estado civil, la población soltera. En cuanto al método empleado para propiciarse la muerte, predomina el suicidio por ahorcamiento, seguido por el envenenamiento y por las lesiones por armas de fuego. **Conclusiones:** Finalmente se proponen algunas recomendaciones en salud pública, que permitan a las entidades territoriales detectar la población en riesgo y contribuir a disminuir los casos de suicidios en la población de Manizales.

Palabras clave: Suicidio, Determinantes sociales de la salud, Mortalidad, Manizales.

Abstract

Objective: Describe the phenomenon of suicide from the perspective of the social determinants of health in the population of Manizales between 2015 and 2020, to know the epidemiological profile of the phenomenon in the area. **Materials and methods:** Secondary information records were used, the total number of suicide cases in the city of Manizales, Caldas; during the period 2015 to 2020, from the mortality bases of the National Administrative Department of Statistics (DANE) and the suicide cases from the Figures of injuries from external causes in Colombia of the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences- FORENSIS. **Results:** It was found that the suicide rate in Manizales was higher than the suicide rate in Colombia, the highest percentage of suicides occurred in the municipal seat, men being mostly affected, and by marital status, the single population. Regarding the method used to cause death, suicide by hanging predominates, followed by poisoning and injuries by firearms. **Discussion:** Finally, some public health recommendations are proposed, which allow territorial entities to detect the population at risk and contribute to reducing suicide cases in the population of Manizales.

Keywords: Suicide, Social determinants of health, Mortality, Manizales.

Introducción

Los asuntos relacionados con la salud mental y sus consecuencias se han convertido en uno de los aspectos más delicados de entender para la humanidad en los últimos años. Conocer el fenómeno del suicidio o simplemente tratar de comprenderlo se ha convertido en un reto para todos los académicos que se han acercado a explicar este problema, generando una gran cantidad de interrogantes planteados desde diversos enfoques teóricos, metodológicos y diferentes disciplinas.

El propósito de este documento no es tratar de dar respuesta a todos los interrogantes que alrededor del suicidio se han construido, ni mucho menos explicar la etiología y los mecanismos fisiopatológicos de este fenómeno de gran impacto mundial, ni generar aproximaciones conceptuales desde un enfoque epistémico; lo que busca es describir el fenómeno del suicidio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en la población manizaleña entre 2015 y 2020, para conocer el perfil epidemiológico del fenómeno en la zona.

Para tal fin el presente documento se presenta en cuatro capítulos : El primero realiza el planteamiento de la problemática de la investigación con sus respectivos objetivos y justificación; el segundo capítulo expone el marco referencial como resultado de la búsqueda sistemática de la información plasmada en el estado del arte, marco teórico y marco geográfico, el tercer capítulo explica la ruta

metodológica que orientó el estudio; un cuarto capítulo en donde se presentan los resultados en dos apartados, en el primero se mostrarán los resultados obtenidos del departamento nacional de estadística (DANE), y en un segundo momento se expondrán los resultados obtenidos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF), un capítulo final en donde se integra la discusión, conclusiones generales y recomendaciones finales.

Justificación

El suicidio se encuentra dentro de las primeras causas de muerte a nivel mundial, este fenómeno no sólo acaba con la vida del individuo, sino atenta contra la salud mental y emocional de todo su entorno. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS 2021), autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el mundo, informa que: anualmente alrededor de 703.000 personas pierden la vida cometiendo suicidio consumado y otro gran número tiene intentos de suicidios. También afirma que es una pena que aqueja a las familias, regiones y países, que puede suceder a cualquier edad y tiene consecuencias que perduran en el tiempo para las personas próximas a la víctima. En el año 2019 ocupó el cuarto lugar entre las causas de defunción para el grupo de edad comprendido entre 15 a 29 años a nivel mundial.

Lo anterior, permite reconocer la importancia de la salud mental como un pilar fundamental de Salud Pública que debe ser abordada de manera interdisciplinaria y multifactorial para determinar los factores de riesgo y de esta manera poder generar políticas públicas que contribuyan a prevenir las lesiones auto infligidas en la población, en cada ciclo de la vida.

En Colombia se observa una agrupación de este fenómeno en los departamentos ubicados en el centro occidente del país, estando más concentrado en el Eje Cafetero; teniendo en cuenta que la tasa del municipio de

Manizales supera el promedio nacional se consideró de gran importancia revisar el comportamiento epidemiológico de esta conducta y las razones por las que los manizaleños llegan al suicidio, siendo este un factor relacionado con la calidad de vida que debe ser estudiado y afrontado con urgencia por las autoridades de salud desde la perspectiva de la salud pública.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, entidad especializada en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en el mundo, respecto a la salud, informa que:

Cada año, cerca de 703.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, correspondiendo a una muerte cada 40 segundos; siendo del suicidio la cuarta causa principal de defunción en jóvenes de 15 a 29 años. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el disparo con armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de este flagelo. (OMS, 2021)

Considerando que el suicidio es un evento personal que tiene impacto en el nivel colectivo; que va más allá de las particularidades individuales y perjudica numerosos entornos grupales: familia, escuela, trabajo, círculos de amigos y comunidad, desencadenando en estos grupos y en sus integrantes, pérdidas significativas que los lleva a vivir en conjunto sentimientos, como la culpa, reproches y estigmatización es necesario estudiar las causas que llevan a esto.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud, (2021) “considera cada suicidio como una tragedia, que tiene efectos terribles y de amplio alcance sobre las familias, los amigos y las comunidades, aún mucho tiempo después de que un ser querido se haya quitado la vida”.

El suicidio por sí mismo es un fenómeno multifactorial que día tras día cobra más relevancia en el mundo, son múltiples las organizaciones que han tratado de caracterizar la conducta suicida y de comprender este comportamiento. El Banco Mundial (Banco Mundial, 2019), asociación única que trabaja para reducir la pobreza y generar prosperidad compartida en los países en desarrollo, publicó en el año 2019 la tasa de mortalidad por suicidio en un periodo de veinte años, calculados a partir del Observatorio Mundial de la Salud, donde se observó un descenso del suicidio consumado en los últimos cinco años a nivel del globo, pasando de una tasa por cien mil habitantes de 12,96 en el año 2000 a una mortalidad del 9,7 en el 2019; sin embargo, a pesar de este descenso en la mortalidad, en la Región de las Américas, las tasas aumentaron en un 17 % en ese mismo periodo.

“El fenómeno del suicidio, sigue perdiendo más vidas por suicidio que por VIH, paludismo, cáncer de mama e incluso por guerras u homicidio (WHO, 2019)”. Por lo que, el suicidio sigue ocupando las primeras causas de muerte en todo el mundo, lo que implica realizar un análisis profundo de las dimensiones sociodemográficas, políticas, económicas y servicios de salud desde un enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Si se describe el fenómeno del suicidio en el contexto colombiano en los últimos años, “según cifras reportadas en el sistema de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se encuentra que en los años comprendidos entre el 2009 y el 2018, hubo un total de 20.832 suicidios, con una

media estimada de 2.083 casos por año. Para el 2018, el suicidio presentó el 10,4 % de las muertes por causa externa. El mayor número de suicidios registrados en la última década con 125 casos más que el año anterior y 855 más que en el año 2008” (Montoya, 2015).

De acuerdo con las Estadísticas Vitales –DANE del año 2019 -2020: se reportó una reducción de 226 casos en el número de muertes por lesiones por suicidio entre el año 2019 y el año 2020, en ambos sexos, al pasar de 2.927 casos en 2019 a 2.701 casos en 2020. También se reportó un aumento en el número total de casos presentados entre el primer trimestre de 2021, situación que generó un incremento en la tasa de suicidio ampliado, que pasó de ser de 2,0 a 2,1, lo que en otras palabras quiere decir que dos de cada 100.000 habitantes se suicidaron en el primer trimestre de 2021 (2021).

Contrario del panorama nacional, Manizales presenta un incremento en la tasa de suicidios en los últimos años, según el Informe de Calidad de vida 2019 (Manizales cómo vamos, 2020):

En el 2019 la tasa de suicidio de la ciudad fue de 9.1 por cien mil habitantes, pese a que cayó en comparación con el 2018, experimenta su segunda tasa más alta desde el 2008, la cual continúa estando por encima del promedio nacional (5.4), de la meta ODS asumida por el país para el 2030 (4.1) y de la tasa latinoamericana (6.9 en 2016).

El informe de Calidad de vida 2019, también reporta que por cada 10 suicidios cometidos en cada año entre el 2015 y 2019, ocho eran hombres y 2 eran mujeres, en promedio. En cuanto al grupo de edad, reporta que, en los últimos 4

años, de 10 suicidios cometidos al menos 3 correspondían a personas entre los 20 y los 29 años de edad. También es relevante, que durante los últimos 4 años (excepto en el 2018), al menos 1 niño/adolescente entre los 10 y 14 años se suicidó. En el 2019 en el grupo de edad entre los 10 y 19 años se presentó el 19 % de los suicidios, el 35 % entre los 20 y 39 años, el 30 % entre los 40 y 59 años y, el 18% restante en mayores de 60 años (Informe de Calidad de vida Manizales Cómo Vamos, 2020).

El suicidio no diferencia la edad, es más frecuente en países de la OCDE, sin embargo, es de destacar que “Manizales tiene una incidencia casi del doble de la presentada a nivel nacional, y supera en 40 % la tasa promedio de América Latina y el Caribe” (Informe de Calidad de vida Manizales cómo vamos, 2021).

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características en la mortalidad por suicidio en la población de Manizales desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud entre 2015 y 2020?

Capítulo 1. Objetivos

Objetivo general

Describir el fenómeno del suicidio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en la población manizaleña entre 2015 y 2020, para conocer el perfil epidemiológico del fenómeno en la zona.

Objetivos específicos

1. Identificar las cifras de mortalidad por suicidio en la ciudad de Manizales en un lapso de 5 años.
2. Generar un perfil epidemiológico del fenómeno en comparación con los determinantes sociales.
3. Generar recomendaciones que impacten los indicadores de mortalidad por suicidio en la población de Manizales.

Capítulo 2. Marco Teórico

Suicidio definiciones actuales

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial. En el Boletín número 2 de Salud mental del año 2018 del Ministerio de Salud de Colombia, se “define el suicidio como muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o corto punzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue auto infligida y con la intención de provocar el propio fallecimiento” (Ministerio de Salud de Colombia, 2018). Según Nizama “el suicidio es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí” (2011). En una revisión sistemática realizada por Benavides Mora (2020) en Colombia en el año 2019 se define, “la ideación suicida, está constituida por una variedad de pensamientos, deseos, planes y/o motivaciones de cometer el acto de suicidio” (pág. 181). Benavides Mora, (2020) define como “intento de suicidio el conjunto de comportamientos iniciados por el propio sujeto, quien, al llevarlos a cabo, tiene al menos cierta intención de morir, aunque estos pueden causar o no lesiones médicas” (pág. 181).

Por otra parte, Nizama en 2011, afirma que, “las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida

que parece imposible de manejar. La etiología es multifactorial, pero pueden identificarse factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. La enfermedad orgánica aumenta el riesgo autolítico”. Benavides Mora (2020) también considera que “el suicidio es un hecho multicausal que no puede atribuirse a un suceso único, razón por la cual, resulta muy relevante el estudio de los factores de riesgo y protectores asociados” (pág. 181).

La Encuesta nacional de salud mental 2015 (Ministerio de Salud, 2015), define que “la conducta suicida es una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Min Salud, pág. 230). En esta misma encuesta, se considera que la tentativa de suicidio y el suicidio consumado son consecuencia grave del trastorno depresivo, otros factores asociados son el maltrato físico, el consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de suicidio, relaciones lejanas con los padres entre otros (pág. 230).

Determinantes sociales de la salud desde la perspectiva de la OMS

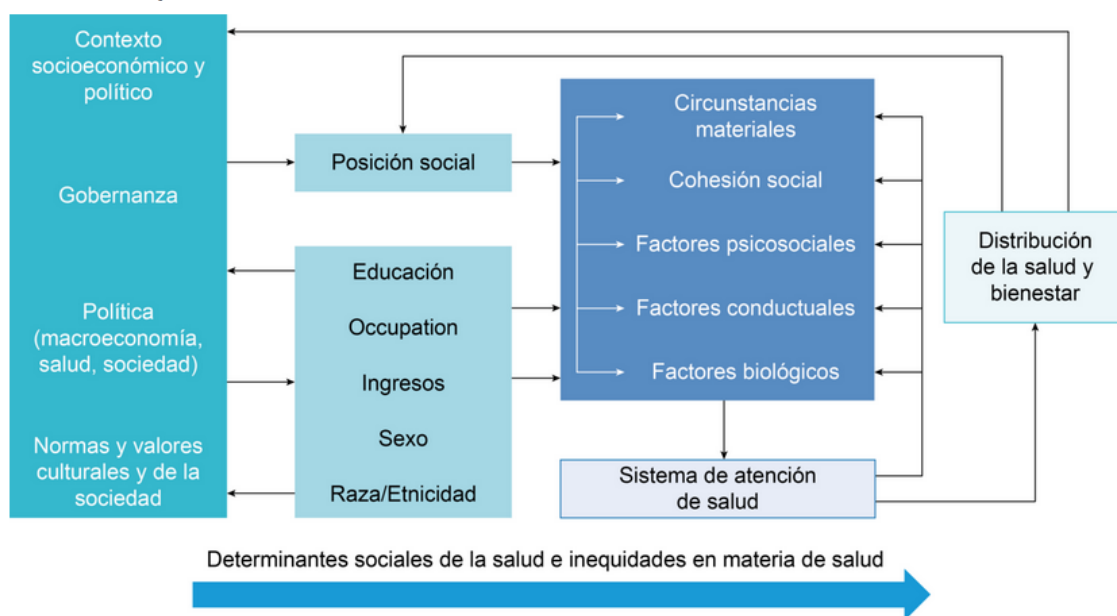
Las condiciones de vida de las personas se relacionan entre sí ocasionando el desarrollo de ambientes favorables o de riesgo.

La OMS “define los determinantes sociales de la salud (DSS) como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, 2022). Por lo tanto, los determinantes sociales de la salud juegan un rol importante en el desarrollo de la conducta suicida. Algunos factores como la edad, el sexo, la condición social se han relacionado con el acto suicida.

El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es jerarquizado y distingue al menos tres determinantes subsumidos uno en el otro: el determinante estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; el determinante intermedio está dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; por ejemplo, los servicios de Salud constituyen un determinante intermedio. El determinante proximal está representado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia. Sin embargo, categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud (Hernández, 2017, pág. 394).

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito es importante encontrar la relación entre el acto suicida y los determinantes sociales de la salud.

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: OPS Determinantes sociales de la salud

Capítulo 2. Estado del Arte

En un estudio Chaparro, Díaz y Castañeda, especialistas en la temática de la salud pública en el país y profesionales del observatorio nacional en salud del INS estudiaron: para el periodo 1979-2014 en Colombia, la tendencia de las tasas de mortalidad por suicidio en las áreas de defunción rural y urbana y según sexo, grupo de edad y método del suicidio. El estudio fue “ecológico de tendencia temporal a partir de la información de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística” (Chaparro, 2019, pág. 339).

El riesgo de suicidio fue más alto en el área urbana en hombres, en los grupos etarios de 25 a 44 años y de 65 y más años, y en quienes emplearon el ahorcamiento. El riesgo de suicidio fue mayor en el área rural para los hombres entre los 45 y los 64 años, y para aquellos que recurrieron al disparo de armas de fuego, armas cortantes, ahorcamiento y otros. La tendencia de las tasas en el área urbana mostró su máximo pico en 1999 y, en la rural, en el 2000; posteriormente, en ambas áreas se produjo un descenso paulatino. El ahorcamiento presentó una tendencia al ascenso en hombres en las dos áreas. (Chaparro, 2019, pág. 339)

Del anterior estudio se pudo concluir que a pesar que la tendencia del suicidio va en descenso desde el año 2000, la diferencia de la conducta suicida en área rural es significativamente mayor.

Rodríguez-Hernández y colaboradores, establecieron como objetivo analizar a partir de covariables como sexo, grupo etario, año, región y departamento, el riesgo de muerte por suicidio en Colombia de 2000 a 2013. Se usó información de

las bases de datos del DANE, correspondientes a muertes por suicidio y proyecciones poblacionales. El tipo de estudio fue analítico y longitudinal y se establecieron a través de covariables las tendencias anuales de muertes por suicidio, usando el modelo de regresión de Poisson (MRP) con nivel de significancia ($P < 0,05$).

“Los colombianos entre los años 2000-2013, de sexo masculino, de 15 a 34 años, de las regiones Central y Oriental y de los Departamentos de Vaupés, Huila y Quindío fueron los que mayor riesgo tuvieron de morir por suicidio” (Rodríguez, 2018, pág. 3989). Encontraron que “la tasa de suicidios fue levemente decreciente conforme pasaron los años. El mayor riesgo de suicidio ocurrió en hombres en edad productiva, adultos mayores y en regiones poco desarrolladas” (Rodríguez, 2018, pág. 3989).

Por otro lado, Cervantes y Montaña, analizaron: “la tendencia, el impacto y los factores socioeconómicos asociados con la mortalidad por suicidios en Colombia entre el 2000 y el 2013, por sexo, grupos de edad y estratos del índice de necesidades básicas insatisfechas (INB)” (Dávila, 2017, pág. 37).

La mortalidad por suicidios disminuyó en Colombia entre el 2000 y el 2013. El estrato *medio* INB tuvo la mayor mortalidad por suicidios; el estrato *muy bajo* presentó la mayor disminución; y el estrato *muy alto* tuvo la menor mortalidad. La desigualdad del ingreso se asoció positivamente con el riesgo de fallecer por suicidio, al igual que la tasa de desempleo y la pobreza tienen una relación negativa con la mortalidad de suicidios. Además de los factores de riesgo individuales del suicidio, las condiciones socioeconómicas del entorno deben ser considerados factores de riesgo de suicidio en Colombia. (Dávila, 2017, pág. 37)

Benavides, Médica y Salubrista Pública, realizó una revisión sobre “el suicidio en Colombia entre los años 2004 a 2018” (2020). Como objetivo tuvo resumir los hallazgos sobre el suicidio en Colombia durante los años 2004 a 2018 e incluyeron 88 trabajos para realizar la investigación. Señala que casi todos los estudios tienen como principal objetivo los factores de riesgo (disfunción familiar, depresión y consumo de sustancias psicoactivas), pero solo unos pocos estudian los factores protectores (alta autoestima y funcionalidad familiar, principalmente) “además, se encontró que los modelos estadísticos empleados son en su mayoría de tipo descriptivo y los estudios no están basados en modelos teóricos sobre el suicidio” (Benavides, 2020, pág. 181).

Otros profesionales en el área de la salud mental en la zona atlántica del país, describieron “las características de los reportes de suicidio en medios de comunicación impresos de la ciudad de Barranquilla, durante 2008- 2011” (Bilbao, Alcocer y Lallemand, 2016). Los autores realizaron una investigación de tipo descriptivo y transversal, el tamaño de muestra fue universal y elaboraron distribuciones de frecuencia para las características de las notas periodísticas publicadas en los medios de comunicación impresos de la ciudad de Barranquilla. “Se observó que el mayor índice de suicidio esta dado en el sexo masculino; se suicidan más personas dentro del rango de edad de 20 a 29 años (población juvenil), el medio de suicidio más utilizado fue el ahorcamiento” (Bilbao y Alcocer y Lallemand, 2016, 2016). En cuanto a la hora de ocurrencia fue de predominio en horas de la mañana. No hubo intentos previos en un gran porcentaje y fueron las personas allegadas las que hallaron los cuerpos sin vida. La mayoría de

publicaciones contenía fotografías del fallecido. “Las noticias estaban publicadas en primera página. Las líneas y los párrafos eran extensos; y las posibles causas eran atribuidas a trastornos depresivos. Los medios de comunicación no se rigen bajo las recomendaciones establecidas por la OMS” (Bilbao, Alcocer y Lallemand, 2016, 2016).

En un estudio realizado por Fuentes y colaboradores sobre el “riesgo Suicida y factores relacionados en estudiantes de 6º a 11º grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia) 2007- 2008” (Fuentes y González, 2009):

Encontraron que el 56,8 % de los participantes fueron hombres y 43,2 % mujeres; 10,2% habían efectuado un intento suicida, 12,8% presentaron riesgo suicida y 19,9% tenían antecedentes familiares de intento suicida; solo el 31,6% gozaban de buena función familiar, disfunción familiar severa en el 11,4; 16,6% presentaban ansiedad y 2,9% depresión; 39,2% son dependientes del alcohol, 8,8% consumen drogas y 15,3% fuman (Fuentes y González, 2009, pág. 110). Se concluyó que ser mujer, tener una disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de suicidio. (pág. 110)

“Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013” (Aguirre & José, 2014), fue una investigación que determinó el riesgo de la conducta suicida en estudiantes de educación básica secundaria en tres instituciones educativas de Manizales, en el cual se incluyeron 322 adolescentes de estratos II y III que cursaban grados de

octavo a undécimo de secundaria. Este estudio de corte transversal que aplicó la escala Plutchik para riesgo suicidio; encontró que:

El 16.5% de los estudiantes presentó riesgo suicida; el acoso entre pares manifestó un índice de intensidad entre alta y muy alta de 58.1%; el 38.5% de la población tuvo buena funcionalidad familiar; el 18% presentó depresión; la baja autoestima se encontró en 19.6%; el 11.8% evidenció dependencia alcohólica; el 23.3% mostró trastorno de conducta alimentaria, y el consumo de sustancias psicoactivas y cigarrillo fue de 31.4% y 13.4%, respectivamente. (Aguirre & José, 2014, pág. 419)

“Caracterización del intento de Suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales (Caldas-Colombia) 2000-2008” , fue un estudio de corte transversal y retrospectivo, cuyo objetivo fue “conocer los factores epidemiológicos de los adolescentes internados en el Hospital Infantil Universitario “Rafael Henao Toro” de Manizales (Caldas, Colombia), por intento suicida entre los años 2000 y 2008” (Carmona y Arango et al. 2010, pág. 9).

Se observó mayor frecuencia en el género femenino 79%, y el mayor número de casos durante el año 2000 16,7%. La edad promedio de los pacientes con intento suicida fue de 14,5 años con mayor frecuencia a la edad de 15 años (21,4%). El método más utilizado fue el uso de organofosforados (43%), seguido por los medicamentos (21,5%) y entre ellos los antidepresivos (13,7%). En cuanto al evento precipitante los problemas familiares son los más frecuentes (50,4%), seguido por problemas sentimentales (18,1%). El 18,3% de los pacientes requirió de unidad de cuidados intensivos, y el 1,16% del total fallecieron. Otros factores de riesgo asociados fueron el intento suicida previo, antecedentes de depresión,

los problemas familiares y escolares (Carmona y Arango; Castaño y Escobar; García y Godoy Martínez, 2010, pág. 9).

“Riesgo suicida en estudiantes universitarios de Manizales” (Castaño y Cañón, 2022), fue un estudio que tuvo como objetivo identificar “el factor de riesgo suicida y factores asociados en población de estudiantes universitarios de una universidad de Manizales (Colombia)” (Castaño y Cañón, 2022).

El 19.4% de los participantes se situó en el nivel alto de riesgo suicida, siendo de género femenino el 55.9% de estos. Las siguientes variables resultaron significativas en el análisis bivariado: género, consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, depresión, autoestima, dependencia a bebidas alcohólicas y somnolencia. En el análisis multivariado resultaron significativas funcionalidad familiar y autoestima. (Castaño y Cañón, 2022, pág. 77)

La OMS emitió el más reciente informe “*Suicide worldwide in 2019*” (WHO, 2019): En este informe se menciona que, a nivel mundial, la mayor cantidad de muertes por suicidio ocurrieron en países de bajos y medios ingresos (77 %), donde habita la mayor parte de la población mundial. Más de la mitad de los suicidios mundiales (58 %) ocurrieron antes de los 50 años. La mayoría de los adolescentes que murieron por suicidio (88 %) procedían de países de ingresos bajos y medios, donde habita casi el 90 % de los adolescentes del mundo. El suicidio fue la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años para ambos sexos, después de los accidentes de tránsito, la tuberculosis y la violencia

interpersonal. Para mujeres y hombres, respectivamente, el suicidio fue la tercera y cuarta causa de muerte en este grupo de edad.

Las tasas de suicidio (WHO., 2019) fueron más altas que el promedio mundial (9,0 por 100.000), en las regiones de África (11,2 por 100.000), Europa (10,5 por 100.000) y Sudeste Asiático (10,2 por 100.000) en 2019. La región del Mediterráneo Oriental reportó la tasa de suicidio más baja (6,4 por 100.000). La región de Asia sudoriental tenía una tasa de suicidios en población femenina estandarizada por edad mucho más alta (8,1 por 100.000) en comparación con el promedio femenino mundial (5,4 por 100.000). En los hombres, las tasas de suicidio fueron superiores al promedio mundial masculino (12,6 por 100.000) en las regiones de África (18,0 por 100.000), las Américas (14,2 por 100.000) y Europa (17,1 por 100.000).

La caracterización del suicidio a nivel mundial, visualiza un reto de la salud mental para el salubrista público, el cual debe reconocer que los determinantes sociales de una sociedad son detonantes en la conducta suicida.

El tema del suicidio, es de gran relevancia en salud pública y se relaciona con múltiples determinantes. Sin embargo, es notorio que se ha ofrecido menor atención a los determinantes sociales distales. Campo y Herazo, médicos especialistas en Psiquiatría en el 2014, realizaron un estudio ecológico para estimar la correlación de Spearman entre la tasa de suicidio entre 1994 y 2013 y la desigualdad (coeficiente de Gini), teniendo en cuenta, la información oficial

disponible en el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Instituto Nacional de Ciencias Forenses y Medicina Legal.

Los resultados de este estudio describen que “se observó un coeficiente de Gini entre 0,53 y 0,60 (mediana, 0,65 [intervalo intercuartílico, 0,54-0,57]) y las tasas de suicidio estuvieron entre 3,84 y 5,26 (mediana, 4,20 [4,08-4,86]). La correlación entre desigualdad y tasa de suicidio fue positiva y estadísticamente significativa ($r = 0,70$; $p < 0,001$) (Campo A, 2014)”. La conclusión del anterior estudio muestra una asociación positiva entre la tasa de suicidio y la desigualdad económica en Colombia.

Rehkopf y Buka publicaron en el 2009 “La asociación entre el suicidio y las características socioeconómicas de las áreas geográficas: una revisión sistemática” (Ministerio de Salud, 2018) a partir de una revisión sistemática de la literatura que data de 1997 a 2004 se identificaron 86 publicaciones con 221 análisis separados que cumplieron con criterios de inclusión. Encontrando significativamente más probable que los análisis a nivel comunitario demuestren tasas más bajas de suicidio entre las áreas socioeconómicas más altas que los estudios que utilizan áreas de agregación más grandes. Es más probable que las medidas de pobreza y privación del área estén inversamente asociadas con las tasas de suicidio y es menos probable que el ingreso medio esté inversamente asociado con las tasas de suicidio. Los análisis que utilizaron medidas de desempleo y educación y ocupación tenían la misma probabilidad de demostrar asociaciones inversas. Los resultados del estudio no variaron significativamente

según el género o el diseño del estudio. La heterogeneidad de las asociaciones se explica principalmente por las características del diseño del estudio que se han descuidado en gran medida en esta literatura. Una mayor atención al tamaño de la región y las estrategias de medición brindan una imagen más clara de cómo las tasas de suicidio varían según la región. Los recursos para la prevención del suicidio deben dirigirse a áreas de alta pobreza/privación y alto desempleo.

“La conducta suicida es un desenlace importante como causa de mortalidad en el mundo, por lo que es relevante conocer los factores asociados a la conducta para la intervención clínica y el diseño de políticas de salud pública que permitan disminuir su incidencia” (Ministerio de Salud, 2015).

La región con la más alta frecuencia de ideación suicida fue Bogotá (el 10,3%; intervalo de confianza del 95%, 7,6%-13,8%) y la más baja, en la región Atlántica (el 3,8%; intervalo de confianza del 95%, 3,0%-4,8%). Se ha encontrado que la presencia de cualquier trastorno mental, en particular los trastornos depresivos y de ansiedad y los rasgos limítrofes de personalidad, se asocian a ideación suicida grave, así como haber sufrido desplazamiento por violencia alguna vez en la vida. No se ha encontrado diferencia en la ideación suicida relacionada con la pobreza o problemas derivados del consumo de alcohol. (Ministerio de Salud, 2015)

Teniendo en cuenta que el suicidio en jóvenes, va en aumento y que es uno de los temas que menos se aborda en la literatura, es necesario, que los profesionales de la salud, los educadores y los padres, tengan en cuenta los síntomas de alarma y factores que predispongan con el fin de prevenir posibles casos de suicidio a cualquier edad. De acuerdo con los antecedentes la conducta

suicida se encuentra fuertemente relacionada a “la depresión, al abuso sexual, la disfunción familiar, situaciones que no siempre son fáciles de identificar debido a que un niño o un adolescente, no ha desarrollado aun los mecanismos para manejar la frustración y tener una adecuada resolución de conflictos, es así como el ambiente familiar resulta decisivo en la formación de pensamientos e ideas suicidas, y en que se lleven a cabo, aunque sea como un intento que no se concrete. Hay situaciones en las cuales esta población utiliza la amenaza de suicidio como manipulación, pero finalmente se termina poniendo en riesgo su vida” (Cañón, 2011). Es de gran importancia, realizar educación psicológica acerca de los factores de riesgo y los protectores para prevenir el suicidio.

Capítulo 2. Marco Geográfico

Manizales, ciudad de las puertas abiertas: caracterización desde los determinantes sociales.

Es una ciudad en el centro occidente de Colombia, ubicada en la Cordillera Central, cerca del Nevado del Ruiz. Forma parte de la llamada Región Paisa y del llamado Triángulo de Oro. Fundada en 1849 por colonos antioqueños, hoy es una ciudad con gran actividad económica, industrial, cultural y turística. Igualmente resalta por su actividad cultural en la que se destacan su Feria anual, el Festival Internacional de Teatro y numerosos espectáculos y convenciones. Manizales es denominada la «Ciudad de las Puertas Abiertas» (Manizales más grande, 2020).

También se le conoce como «Manizales del Alma» debido a un pasodoble taurino que se denomina así. Según el informe de Calidad de vida Manizales 2020: la población de Manizales en 2020 fue de 446.160 habitantes de acuerdo a las proyecciones del DANE del Censo de 2018. La población de Manizales, creció aproximadamente 37 mil habitantes, al compararlo con 2010. “En la comparación nacional, Manizales fue la 8ª ciudad entre grandes e intermedias que menor variación porcentual tuvo en la última década: 9,1 % entre 2010 y 2020 (5,2 puntos porcentuales por debajo del promedio de variación nacional del 14,3 %)”. (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 11)

En cuanto a la población de Manizales, se informó que: 53 eran mujeres y 47 eran hombres de cada 100 personas; 94 vivían en el área urbana, 6 en el área

rural; 16 eran menores de 14 años, 70 mayores de 14 y menores de 65 años y, 13 mayores de 65 años. Esa “proporción entre menores de 15 años y adultos mayores ubicó a Manizales como la primera ciudad en Colombia con el mayor índice de envejecimiento (80,8), es decir, por cada 100 menores de 15 años en 2020 había 80 adultos mayores” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 12). Aunque 80,8 fue el índice global, 57 pertenece al área rural y 82,7 en lo urbano. “Es importante mencionar que según proyecciones del DANE en el año 2026 Manizales tendrá un índice de envejecimiento de 104,7, es decir, por cada 100 menores de 15 años habrá 104 adultos mayores” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 12).

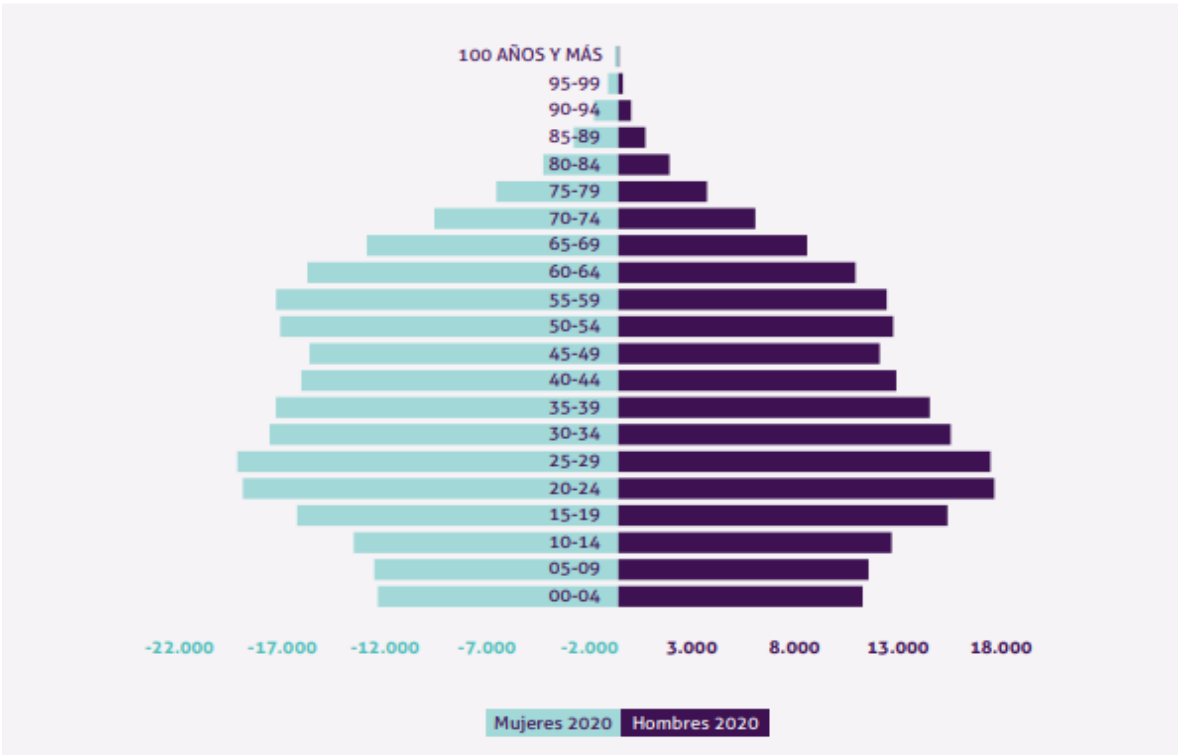


Ilustración 1 “Pirámide poblacional de Manizales por grupos de edad (2020)”,
Elaboración Manizales Cómo Vamos, con base en DANE (2020).

Si se analiza la pirámide poblacional de Manizales (*Ilustración 1*), se observa una disminución en la población hasta llegar a los 29 años y a partir de los 35 años un incremento en los diferentes quinquenios, exceptuando los de 45 y 54 años. En general la población de 80 y más años está ensanchando la pirámide.

Manizales, se ubica como la ciudad colombiana “con la tasa más baja de natalidad (6,5), manteniendo la tendencia de la última década. Por el contrario, la tasa bruta de mortalidad se incrementó en 14% (0,7pp) durante el 2020, convirtiéndose en el incrementó más alto de la década” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 14) en esa ciudad.

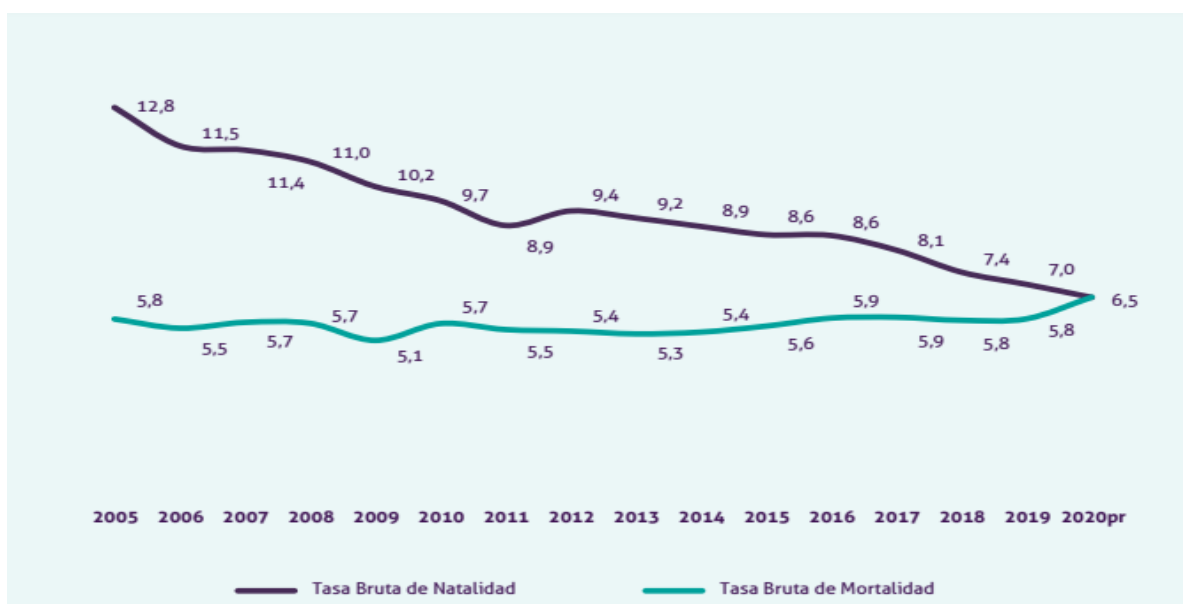


Ilustración 2 Tasa Bruta de Natalidad y Mortalidad para Manizales (2005-2020)

Fuente: Elaboración MCV con base en DANE (2020).

“El Índice de Pobreza Multidimensional fue del 13.9 %” (Unidad coordinadora Manizales como vamos, 2021, pág. 18). Desde al año 2011, Manizales ha mantenido la incidencia de pobreza extrema inferior de la meta ODS al 2030, además tuvo la tasa más baja en pobreza monetaria de Colombia en 2018.

“Manizales fue la 2ª ciudad del país con mayor proporción de ciudadanos en clase media. La tasa de trabajo infantil fue la 6ª más baja del país (4.7)” (Unidad coordinadora Manizales como vamos, 2021, pág. 18).

Los fallecidos en Manizales durante 2020 fueron 2940 personas, de las cuales 1625 fueron hombres y 1315 fueron mujeres. Del total de fallecidos en 2020, el 12,82 % fueron personas que estuvieron contagiadas con la Covid-19. Lo expuesto, explica el incremento que hubo en las tasas de mortalidad general para el año de referencia tanto en hombres como en mujeres. “Si bien son cifras preliminares facilitadas por el DANE a partir de sus estadísticas vitales, las tasas alcanzadas se convierten en las más altas al menos desde el 2008 en el cual la información recogida da cuenta” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 27). La causa principal de defunción en menores de 65 años fue otro tipo de enfermedades infecciosas y parasitarias (11,2 %), para los menores de 45 años la principal causa fueron los homicidios (18,5 %) “y en primera infancia fueron malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (44,8 %)” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 27)

En cuanto al porcentaje de asegurados en salud, para el año 2020, en Manizales, mejoró en relación con 2019, “pasando del 75 % al 76 % en su población asegurada en régimen contributivo y del 16 % al 18 % en régimen subsidiado” 2020 (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 32), ocasionando una reducción de la población que no cuenta con ningún tipo de aseguramiento: del 8 % en 2019 al 6 %.

En cuanto al ámbito educativo, el Informe de la unidad coordinadora Manizales cómo vamos informa que el ICBF de Manizales, atendió 8.169 menores de 5 años, reportando así una cobertura de 99% para la población vulnerable focalizada. Los Centros de Desarrollo infantil ofrecen la mayor atención. Respecto a los escolares (62.842) según el Censo de 2018, 52 mil estudiantes se matricularon en Manizales “aproximadamente (un 1 % menos que en el 2018): mientras la cobertura bruta decrece en básica-primaria, crece en básica secundaria. La cobertura bruta en Media fue del 66.1 %” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021 pág. 38). Es positivo que se mantiene la tendencia en la reducción en deserción desde el 2012 (1.5 %), resaltando “que la deserción en el sector oficial fue 2.5 veces mayor que la del sector privado” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 38).

“La Tasa General de Participación fue de 58.7 %, fue la 4ª tasa más baja del país; la participación en el mercado laboral fue desigual: los hombres (69.9 %) participaron más que las mujeres (49.2 %)” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág 48). Manizales tuvo la 6ª tasa de ocupación más baja del país, el número de ocupados fue de 185.671: el 60.27 % en la formalidad y el 39.7 % en

la informalidad, y al comparar con otras 22 ciudades colombianas fue la mejor tasa de formalidad laboral del país. “Las tres ramas con mayor ocupación fueron el comercio, las industrias manufactureras y la construcción (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 48).

En cuanto a la tasa de desempleo, se reportó que estuvo por arriba del promedio de la nación siendo del 12 %; con mayor afectación en las mujeres (13.8 %) que en los hombres (10.5 %), “entre la población joven entre los 14 y 28 años el impactó fue del 19.8 %” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021, pág. 47).

Manizales tuvo la tasa de homicidios (12.9) más baja del país, aspecto que vale la pena destacar en la seguridad ciudadana. Al compararlo con el 2018 se observa una reducción del 29 %. Dentro de las principales causas que terminan en homicidio se encontraron las riñas (84 %) y los atracos (11 %). En cuanto al homicidio juvenil, la tasa fue un poco más del doble que la tasa general. Respecto a las lesiones personales, Manizales tuvo la 4ª tasa más baja (211). Empeoraron la violencia intrafamiliar y los presuntos delitos sexuales. De la totalidad de exámenes médico legales “el 84 % fueron realizados a mujeres y, a su vez, de este porcentaje el 76.6 % fueron menores de edad. La mayoría de los agresores en los casos denunciados fueron personas conocidas: 4 fueron familiares, 2 conocidos y 2 amigos” de los agredidos (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021 pp 61-66). “Hubo un incremento del 20 % en el número de casos de

violencia intrafamiliar (547 casos). Los delitos contra el patrimonio con mayor incremento frente al 2018 fueron hurto a bicicletas, hurto a personas y a residencias” (Unidad coordinadora Manizales cómo vamos, 2021 pp 61-66).

Capítulo 3. Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Es un estudio observacional, de corte transversal y retrospectivo. Se analizarán todas las muertes por suicidio consumado en la ciudad de Manizales, Colombia, durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2020.

Fuentes de Información

Se emplea registros de información secundaria, a partir de la base de datos en los registros de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF)-FORENSIS y Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, de las lesiones de causa externa a través de análisis descriptivos y según variables sociodemográficas, tiempo, modo y lugar.

Muestra

Se tomaron el total de casos de suicidio en la ciudad de Manizales, Caldas; durante el periodo 2015 al 2020, de las bases de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los casos de suicidio de las Cifras de lesiones de causa externa en Colombia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses- FORENSIS. Se estimaron las tasas de mortalidad por suicidio según variables sociodemográficas.

Análisis de la información

Base de datos de defunciones no fatales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE):

Para la realización del análisis se consolidó toda la información disponible de los casos conceptuados como muerte por suicidio de la base de datos de defunciones no fatales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), cuadro 5, Defunciones por grupo de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causa de defunción (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS) y la base de datos de microdatos estadísticas vitales (EEVV) de los años 2015, 2017, 2017,2018, 2019 y 2020.

Para el análisis de los datos se empleó el programa Microsoft Excel, para obtener tablas dinámicas con cada de las variables y elaborar las gráficas.

Cifras de lesiones de causa externa en Colombia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses- FORENSIS:

Para la realización del análisis se consolidó toda la información disponible de los casos conceptuados como muerte por suicidio, de las Cifras de lesiones de causa externa en Colombia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses- FORENSIS tomando como criterios de inclusión, aquellos casos en los cuales la lesión ocurrió en el municipio de Manizales y con fecha del hecho de enero de 2015 a diciembre de 2020.

Para el análisis de los datos se empleó el programa Microsoft Excel, para obtener un perfil de salida en gráficas.

Capítulo 4. Resultados

Base de Datos DANE 2015-2020

Resultados base de datos DANE $n = 205$

Estructural

Social: área de defunción

Económico: régimen de afiliación

Intermedio

Laboral: ocupación, factor de vulnerabilidad

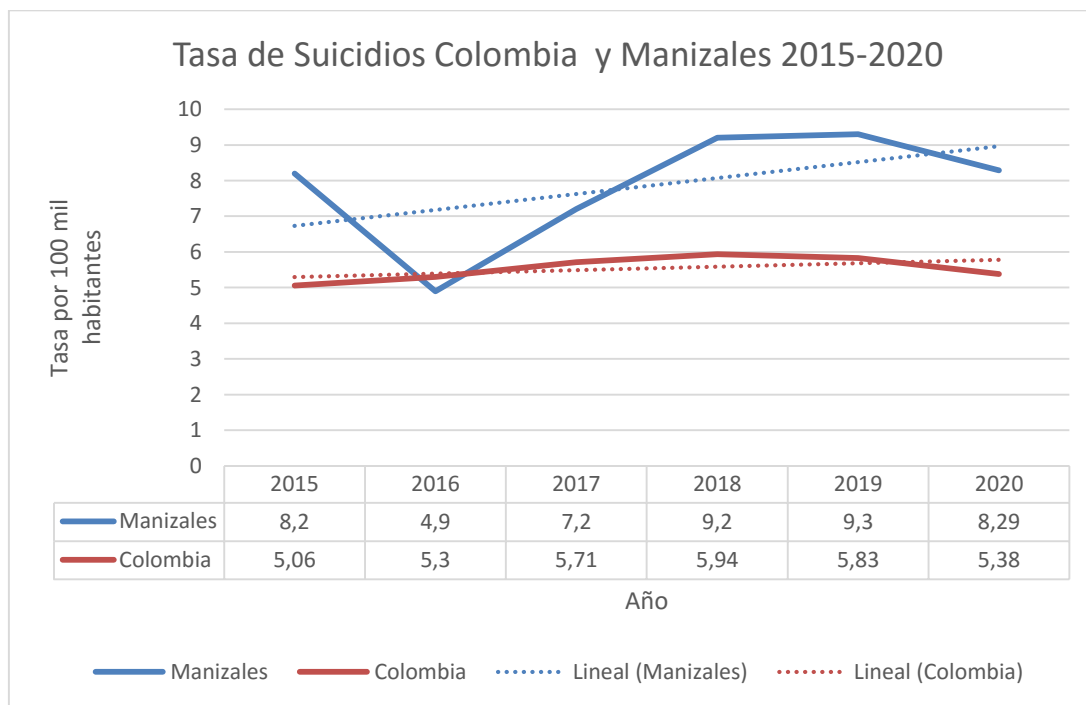
Familiar: estado civil, sitio de defunción

Proximal

Edad

Sexo

Ilustración 3.

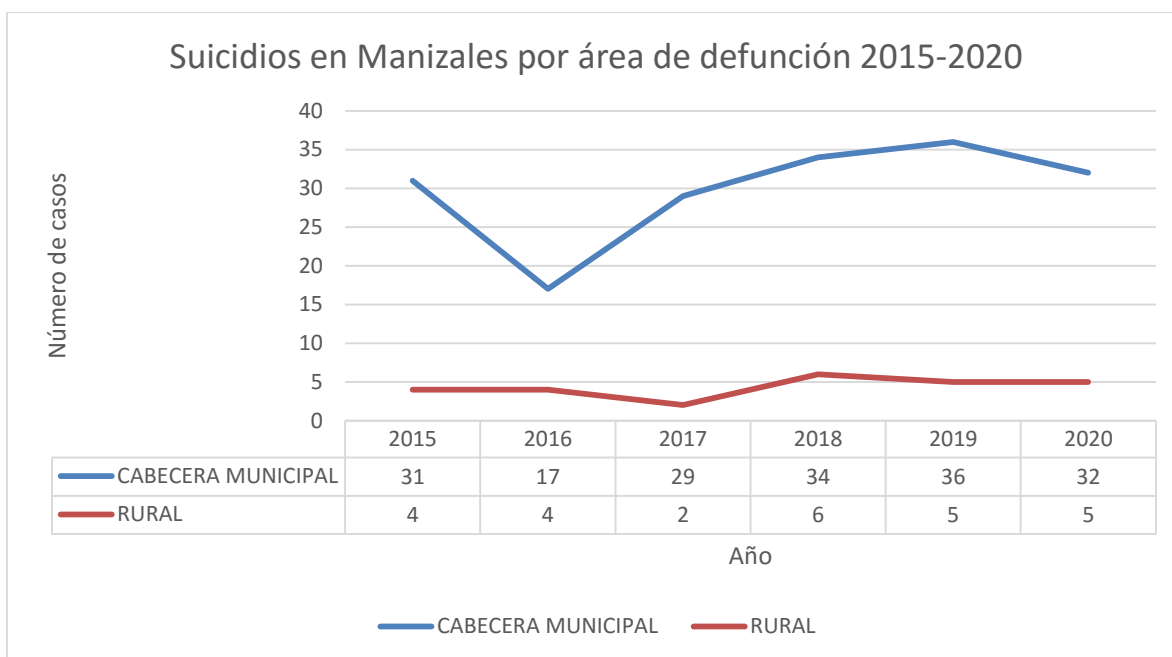


Fuente: Defunciones no fetales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

En Colombia se reportaron 16.035 suicidios en el periodo 2015-2020, de los cuales el 80.8 % fueron hombres y el 19.2 % mujeres, según datos DANE. Las tasas de suicidio para Colombia oscilan entre 5.06 y 5.94 por 100.000 habitantes

durante el mismo periodo. Según la gráfica la tasa de suicidios en Manizales fue superior que la tasa de suicidios de Colombia, excepto en el año 2016. Los años en los que la tasa de suicidio fue mayor en Manizales, fueron 2015 con 8,2, 2018 con 9,2 y 2019 con 9,3 por 100.000 habitantes. La mayor cantidad de casos de suicidio en Manizales se presentó durante los años 2018, 2019 y, 2020 (40, 41 y 37 casos respectivamente).

Ilustración 4.

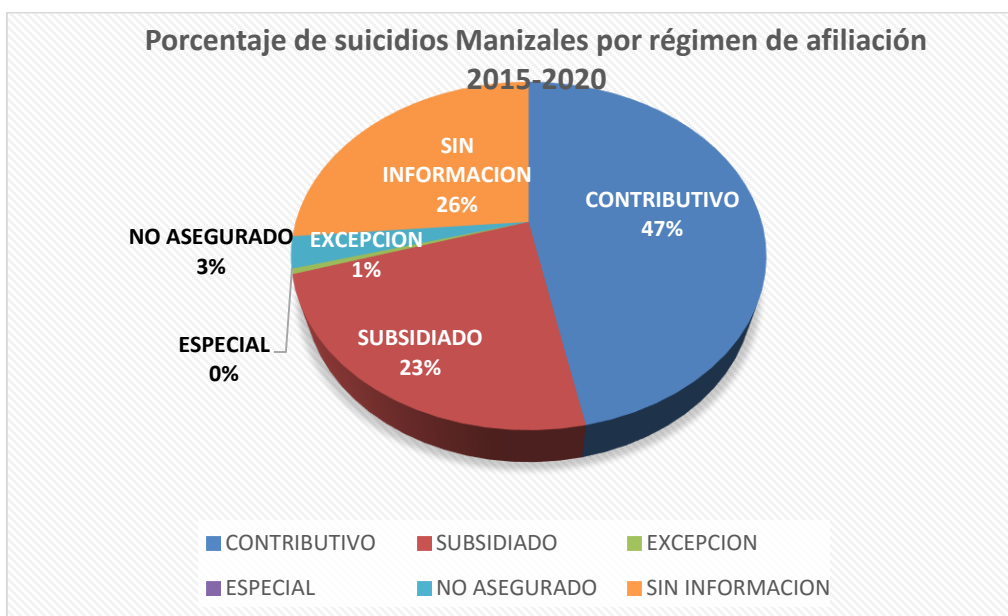


Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

En cuanto al área de defunción los suicidios en Manizales para el periodo 2015-2020, predominan en la cabecera municipal durante todos los años. Al consolidar la información del periodo 2015-2020, el 87 % de los suicidios ocurrieron en la cabecera municipal. Al revisar la información en cada año, más del 80 % de las

víctimas que se suicidaron se encontraban en la cabecera municipal, sin embargo, esta proporción fue ligeramente superior en los años 2015, 2017 y 2019 (88.5 % para el 2015, 93.5 % para el 2017 y 87.8 % para el 2019). En cuanto a los suicidios que se presentaron en zona rural, la mayor proporción fue en el año 2016 con un 19 % de los casos, seguido por el año 2018 con un 15 % de los casos.

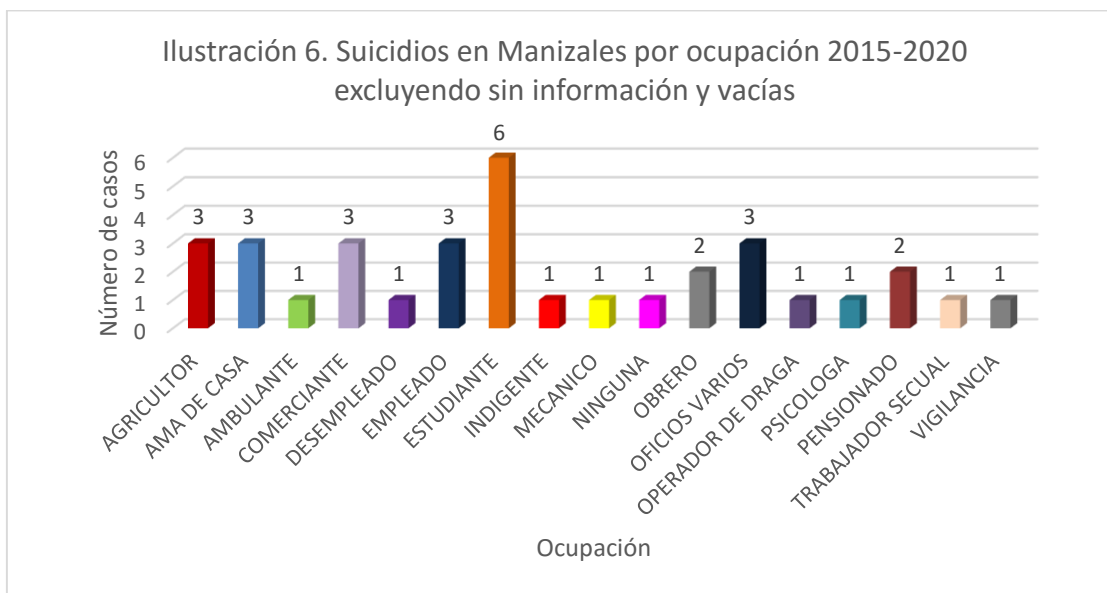
Ilustración 5.



Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

Por régimen de afiliación, predomina el suicidio, en el 47 % en el régimen contributivo, seguido por el régimen subsidiado en el 23 % de los casos.

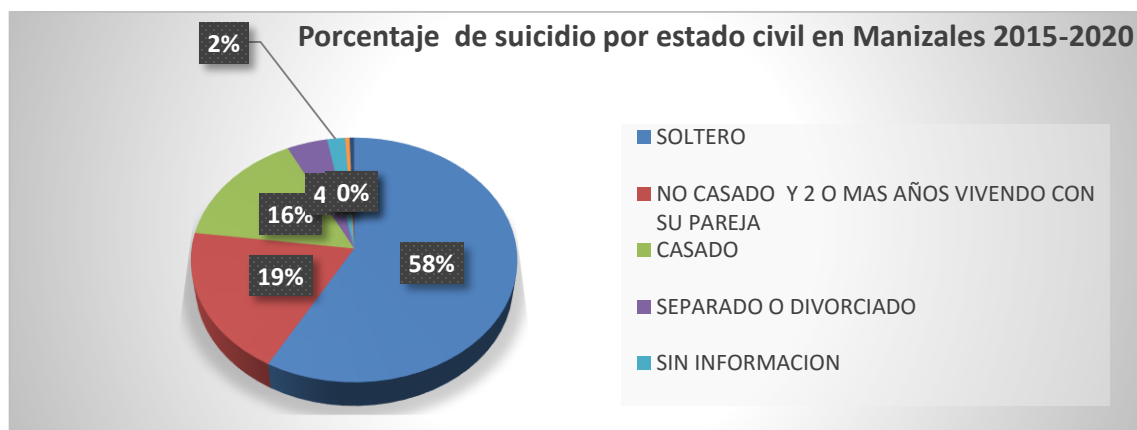
Ilustración 6.



Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

En cuanto a la ocupación predomina la falta de información, en todos los años. Sin embargo, para el año 2015 el mayor número de casos tenían como profesión ama de casa y comerciante, para el año 2016 estudiante y empleado. En el resto de años no se cuenta con información.

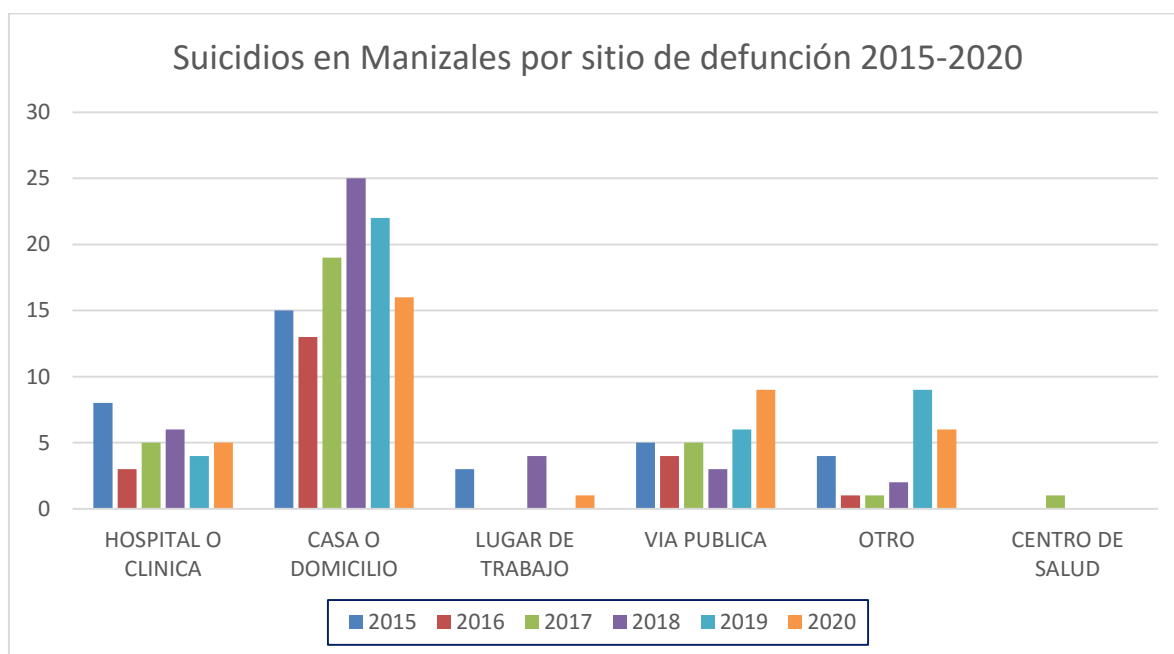
Ilustración 7



Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

En general para el consolidado 2015-2020, por estado civil, los suicidios predominan en la población soltera, en el 58 % de los casos, seguidos por la población no casada y 2 años o más conviviendo con la pareja con el 19 % y por los casados en el 16.5 % de los casos. Cuando se analiza año por año, también predomina, en los solteros en más del 40 % de los casos, en todos los años estudiados, seguidos de la población casada en más del 5 % de los casos y en tercer lugar los no casados que llevaba conviviendo con su pareja más de dos años en más del 5 % de los casos. Lo anterior puede relacionarse con el grupo de edad que presentó el mayor número de suicidios en ese periodo, que corresponde al grupo de 20 a 30 años.

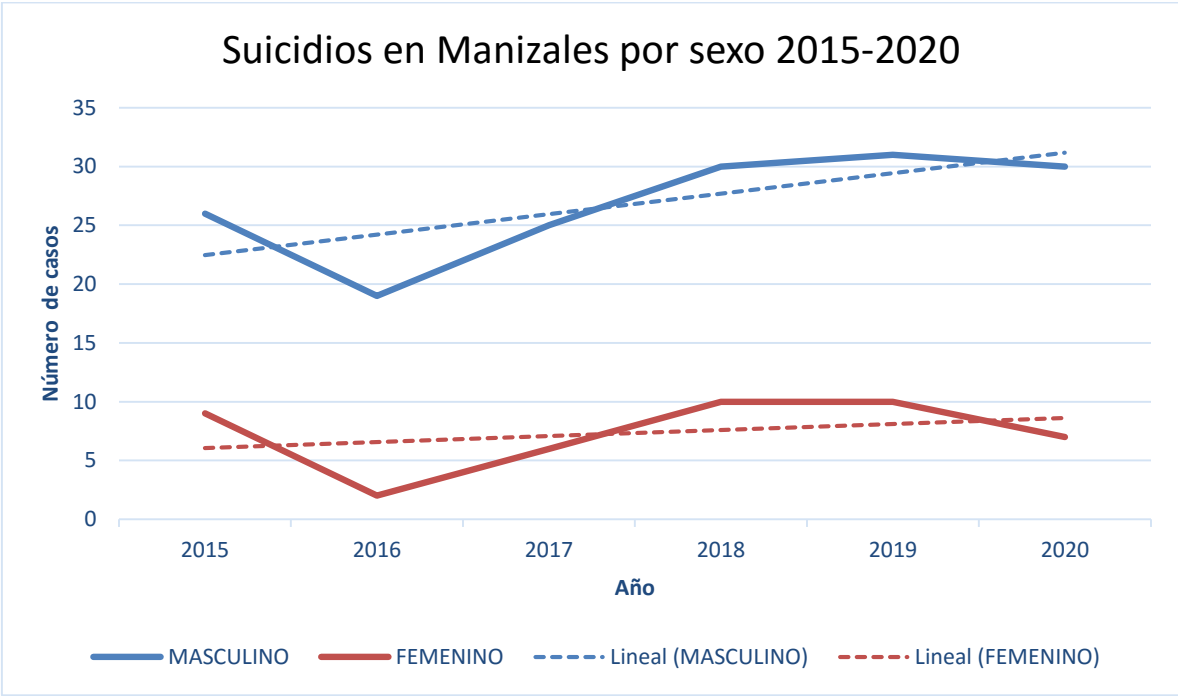
Ilustración 8.



Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

Por sitio de defunción, al analizar la información año por año, en más del 42 % de los casos, predomina la casa o domicilio en todos los años, seguido por el hospital con una proporción mayor al 13,5 y la vía pública en más del 7 % de los casos. Para el año 2020 hubo un incremento de los casos de suicidio en vía pública con un 24.3 % del total de casos de ese año.

Ilustración 9

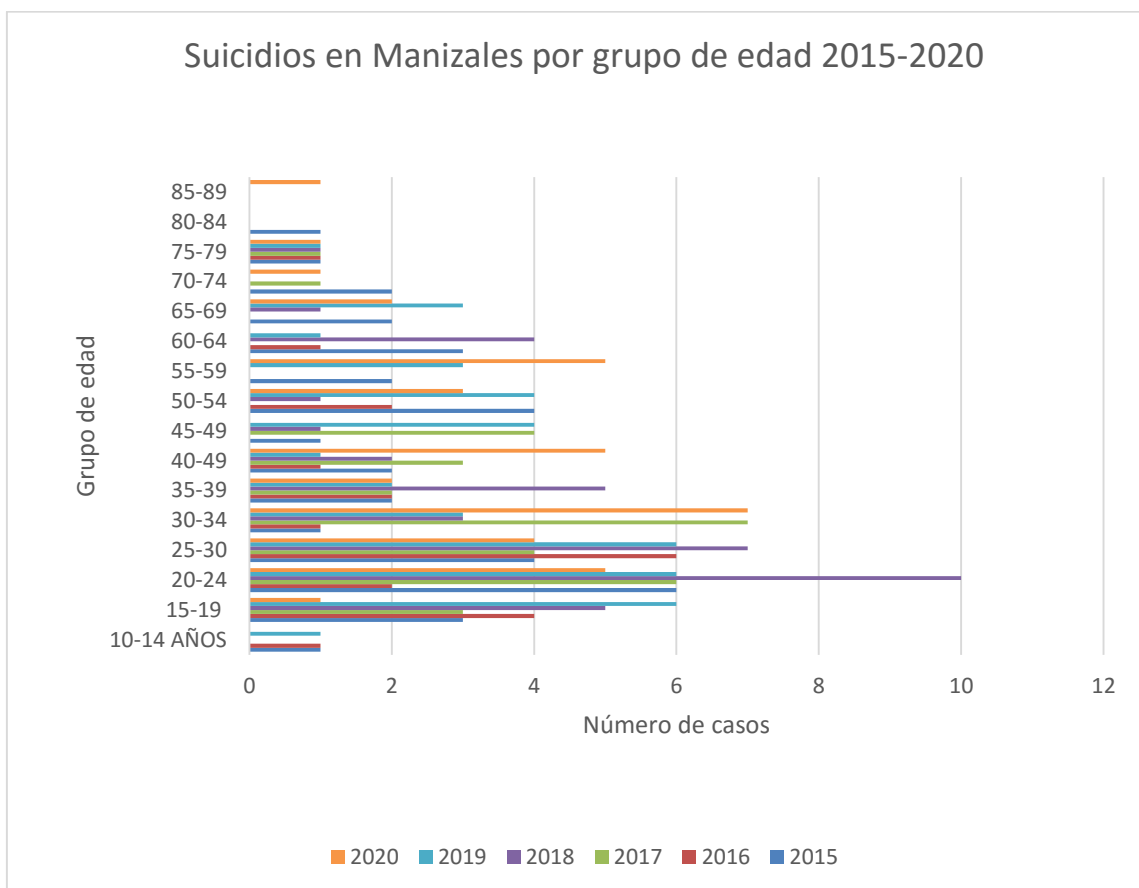


Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

En cuanto al sexo, los suicidios en Manizales para el periodo 2015-2020 predominan en el sexo masculino, superando en más de 10 casos por cada año al sexo femenino. En general durante el periodo 2015-202 el 78 % de las víctimas que se suicidaron eran hombres, sin embargo, esta proporción fue ligeramente superior en el año 2016 con el 90.4 % y en el año 2020 con el 81 % de los casos para el respectivo año. Los años en que mayor proporción de suicidios femeninos

hubo fueron 2015 con 27.2 % de los casos y 2018 con 25 % de los casos presentados en ese año.

Ilustración 10



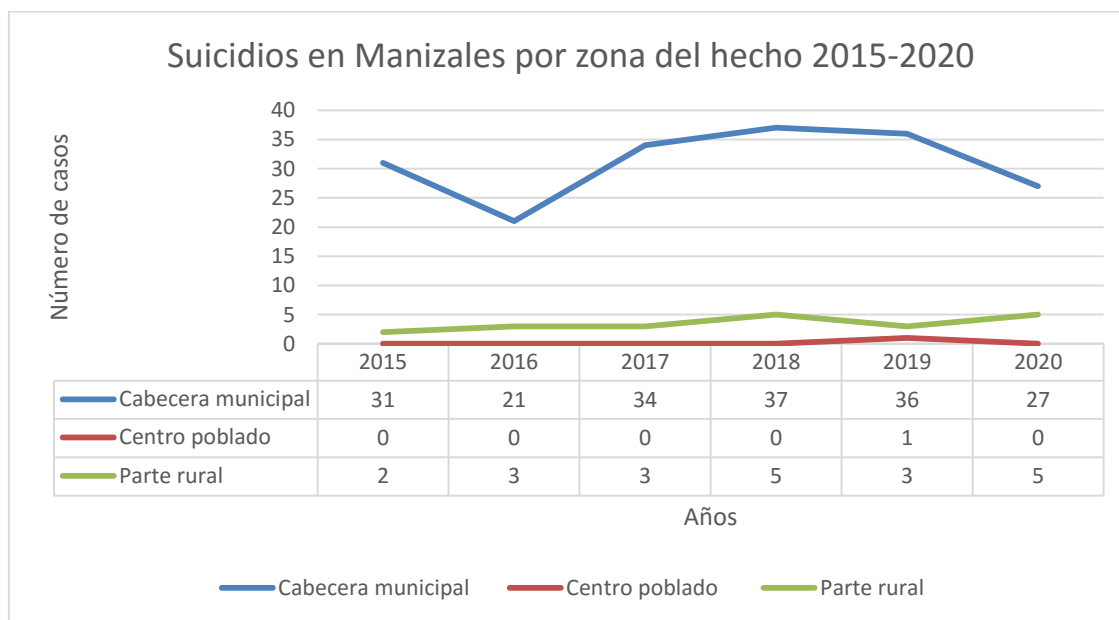
Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

Por grupo de edad el mayor número de casos se encuentra en el grupo de 20 a 24 años, seguido por el grupo de edad de 25 a 30 años. Llama la atención que hay casos de suicidio en más del 8 % en todos los años en el grupo de 15 a 19 años y en el grupo de 10 a 14 años para los años 2015 (2,8 %), 2016 (4,7 %) y 2019 (2,4 %).

Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS: 2015-2020.

Resultados base de datos Medicina Legal n=208		
Estructural	Intermedio	Proximal
Social: zona del hecho	Laboral: ocupación	Edad, ciclo vital
	Familiar: estado conyugal, nivel de escolaridad, factor de vulnerabilidad	Sexo, ancestro racial

Ilustración 11.



Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

Desde la variable de Zona del hecho, la mayoría de los casos en el periodo observado 2015 al 2020 fueron en cabecera municipal, seguidos por la Parte rural (vereda y campo), esto debe prender las alarmas en políticas de salud mental que cubra no solo a la población de urbana sino también a población rural dispersa, y

garantizar en la medida que estas políticas lleguen a cada rincón de territorio de la ciudad de Manizales.

Ilustración 12.

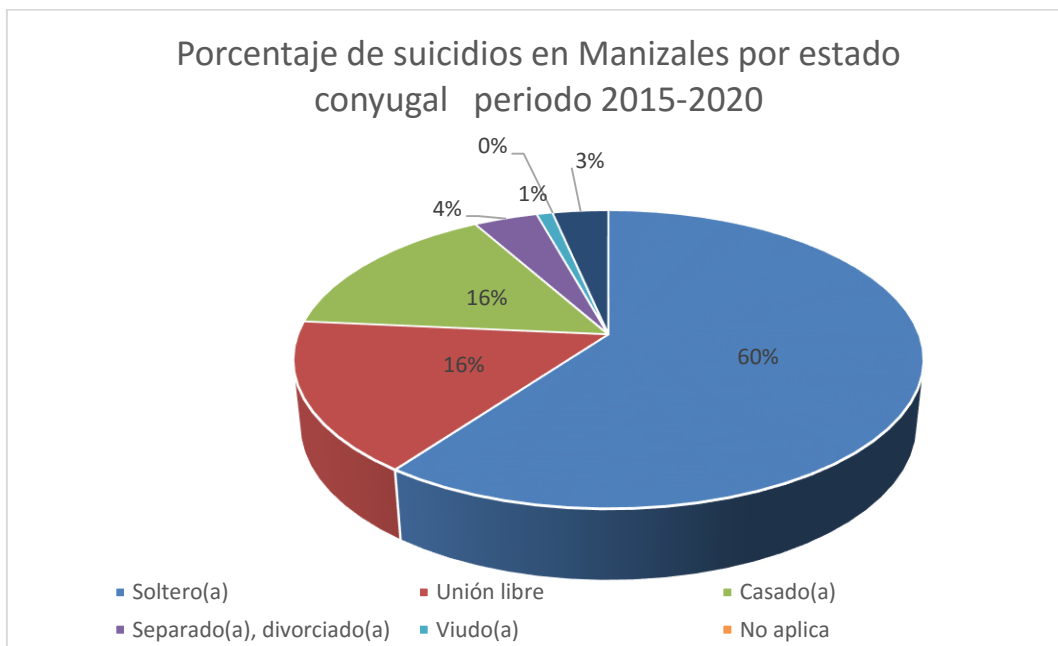
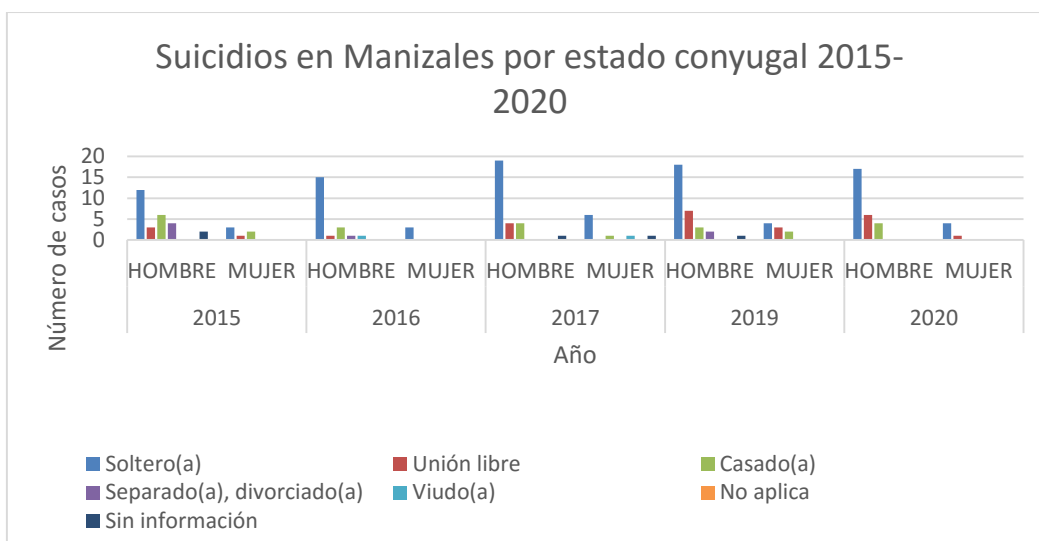


Ilustración 13.

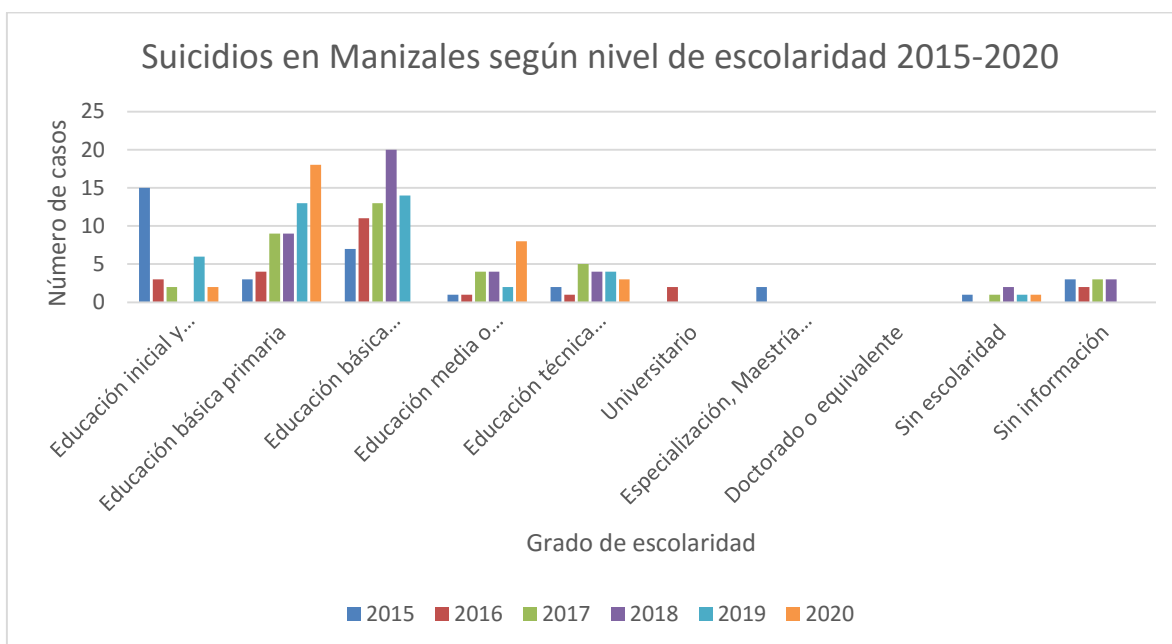


Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-

FORENSIS

Desde la variable de estado conyugal durante el periodo observado, se reportaron mayor número de casos de suicidio consumado en solteros con un 60 %, seguido por personas en unión libre y casados en el 16 % y divorciados en el 4 % sucesivamente en cada uno de los años 2015 al 2020.

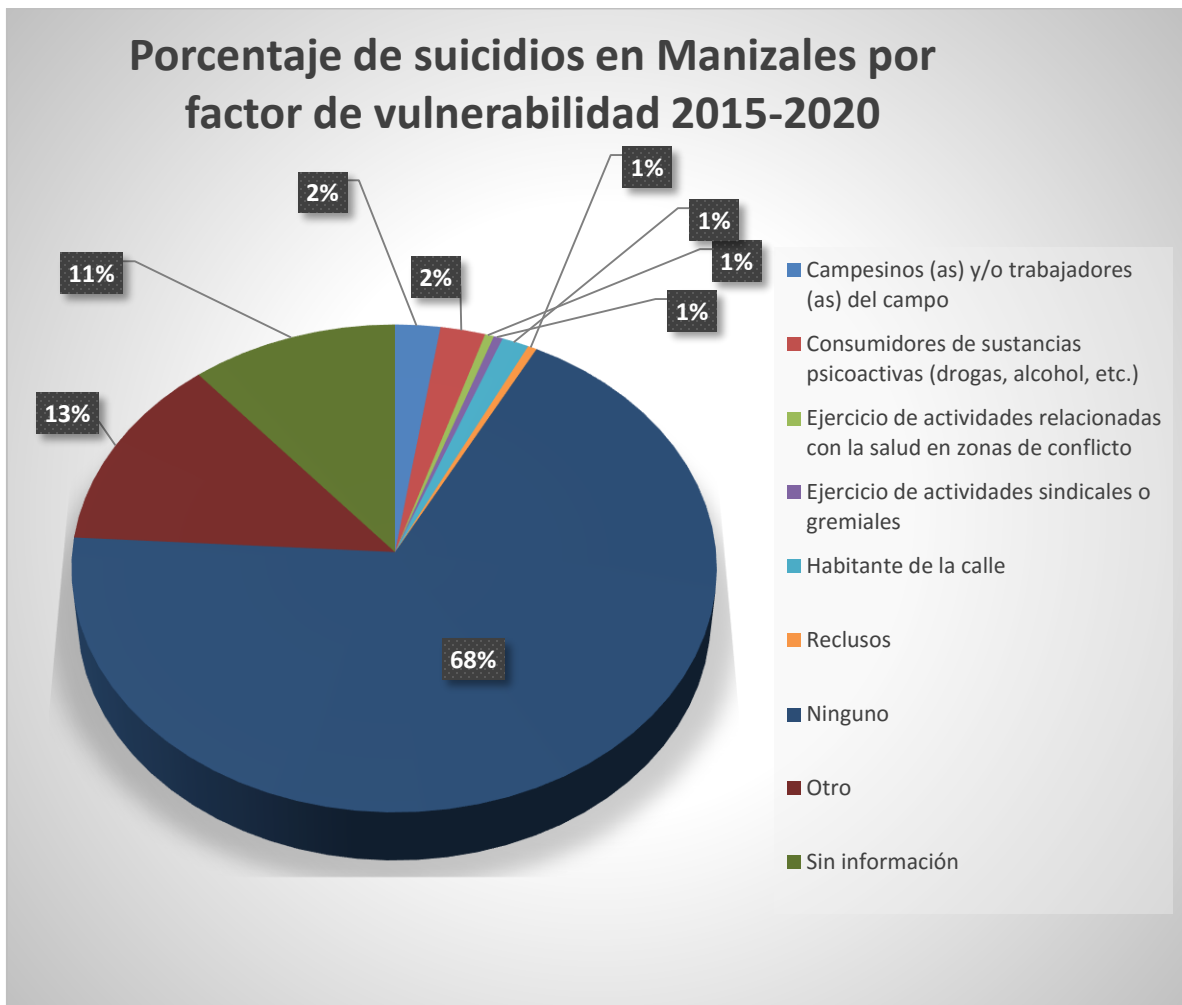
Ilustración 14.



Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

Por otro lado, desde la variable de escolaridad la mayoría de los casos habían cursado con Educación básica secundaria o secundaria baja, también es importante nombrar los casos que se reportaron en Educación técnica profesional y tecnológica en especial los años 2017, 2018 y 2020.

Ilustración 15.

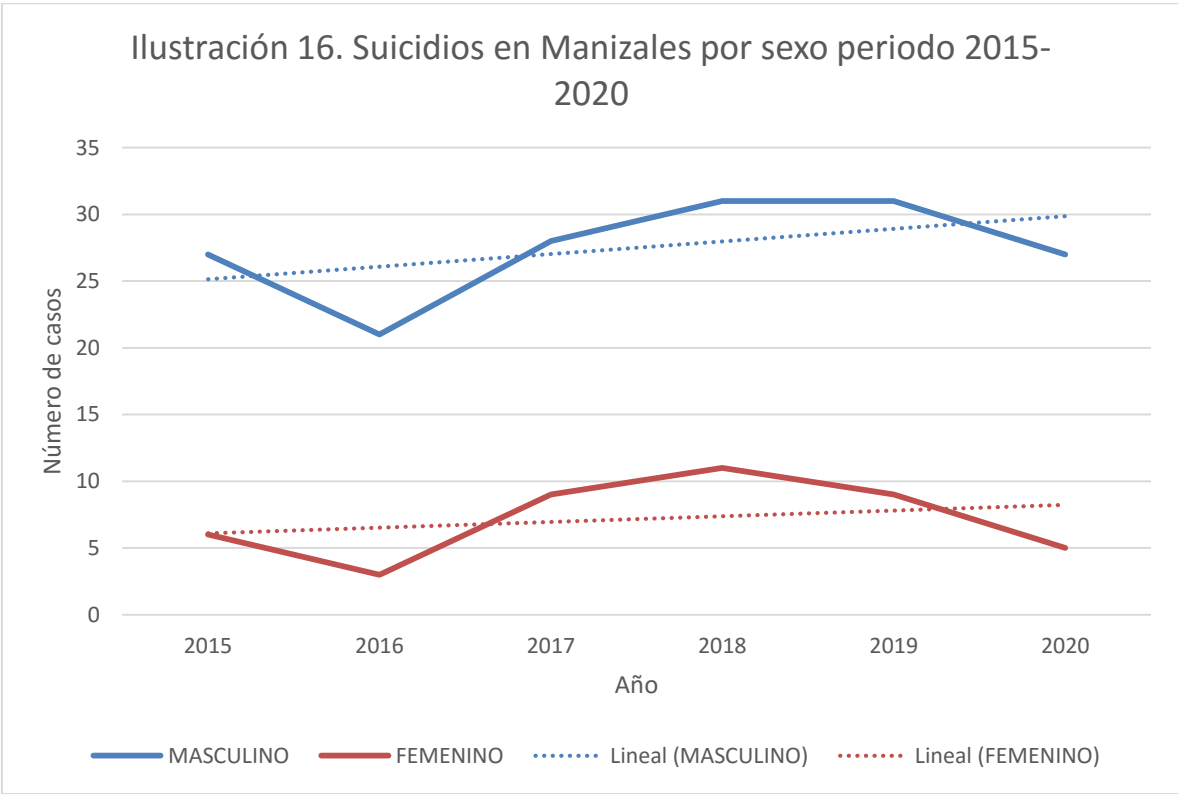


Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

Para el año 2015 los principales factores de vulnerabilidad asociados con la conducta suicida fueron campesinos, consumidores de SPA, ejercicio de actividades relacionadas con la salud en zonas de conflicto, ejercicio de actividades sindicales o gremiales y habitantes de calle. En el 2016 nuevamente se presentan casos en la población campesina y consumidores de SPA. En el

2017 y 2019 se registró con habitantes de calle. Sin embargo, la mayoría de los datos en cada uno de los años observados fue ningún factor de vulnerabilidad, seguidos de otros factores y sin información sucesivamente.

Ilustración 16.

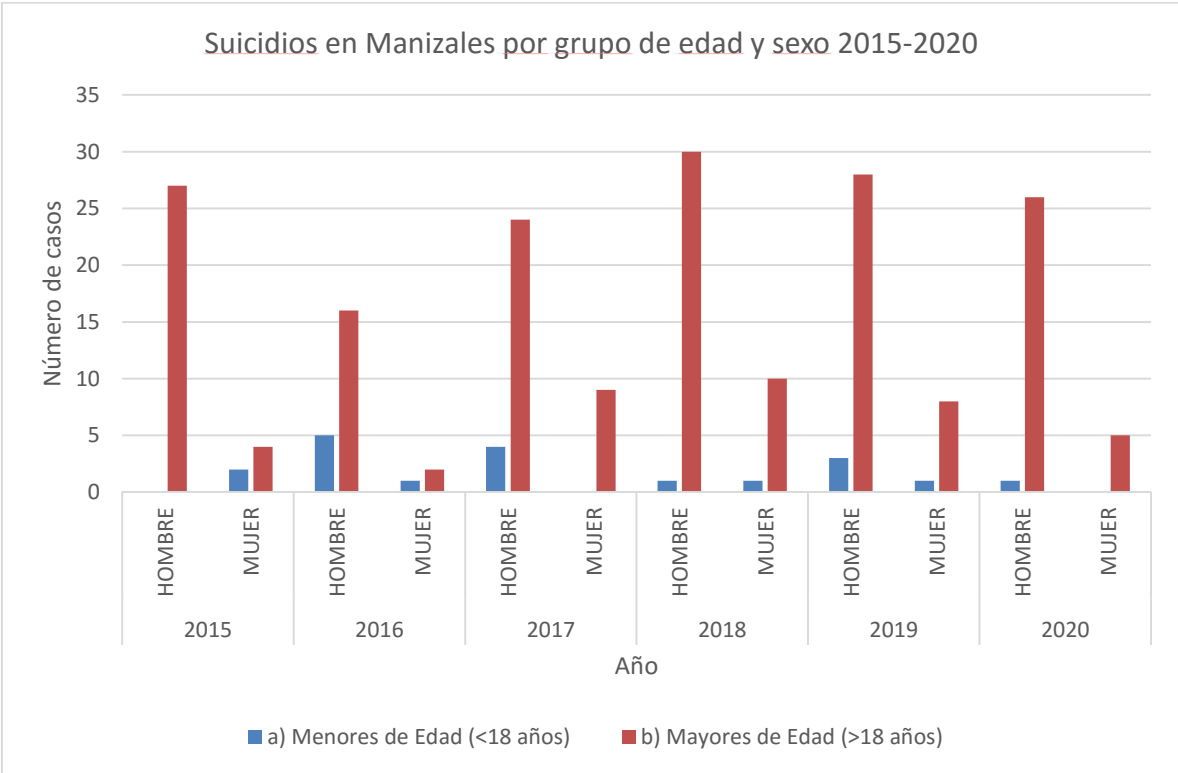


Fuente: Base de datos Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

En cuanto al sexo, los suicidios en Manizales para el periodo 2015-2020 predominan en el sexo masculino. En general más del 79 % de las víctimas que se suicidaron eran hombres, sin embargo, esta proporción fue ligeramente superior en el año 2016 con el 87.5 % y en el año 2020 con el 84.3 %. Los años en que

mayor proporción de suicidios femeninos hubo fueron 2018 con 27.5 % de los casos y 2017 con 24.3 % de los casos presentados en ese año.

Ilustración 17.

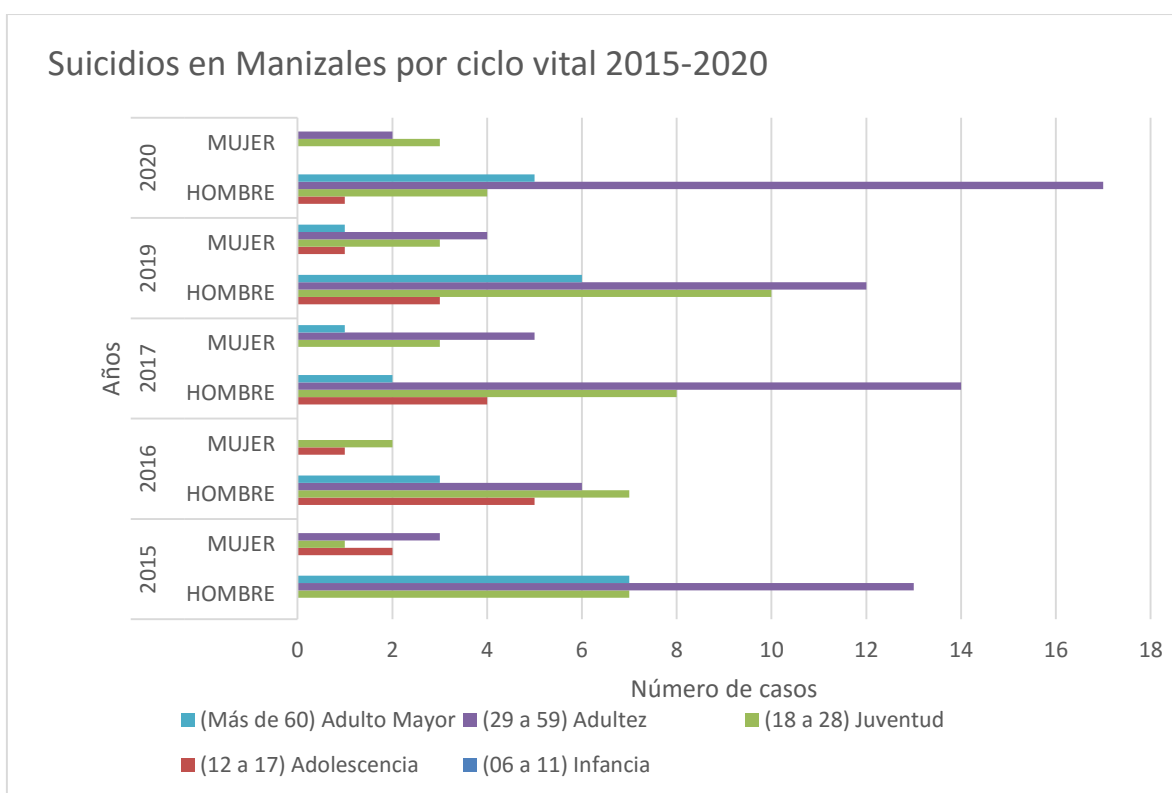


Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

Los resultados obtenidos en la variable de grupo de edad mayor/menor de edad y sexo, para el periodo comprendido del 2015 al 2020, se observó que en general durante cada periodo observado el grupo de edad mayor de 18 años presento más casos de suicidio consumado en relación con la población menor de edad; sin embargo, los suicidios en menores de 18 años, se presentaron en el 9.1 % del total de casos de suicidio en el periodo 2015-2020. En cuanto al sexo, en los menores de 18 años predomina el suicidio en el sexo masculino, aunque en el año

2015 el 6 % de los casos ocurridos en menores de 18 años correspondió al sexo femenino. Los años en los que más hombres menores de 18 años se suicidaron fueron 2016 con 20.8 % y 2017 con 10.8 % de los casos. Los datos de la población menor de 18 años, tiene significado estadístico importante, por lo que entender este fenómeno en cada grupo poblacional es de vital importancia desde la óptica de la salud pública.

Ilustración 18.

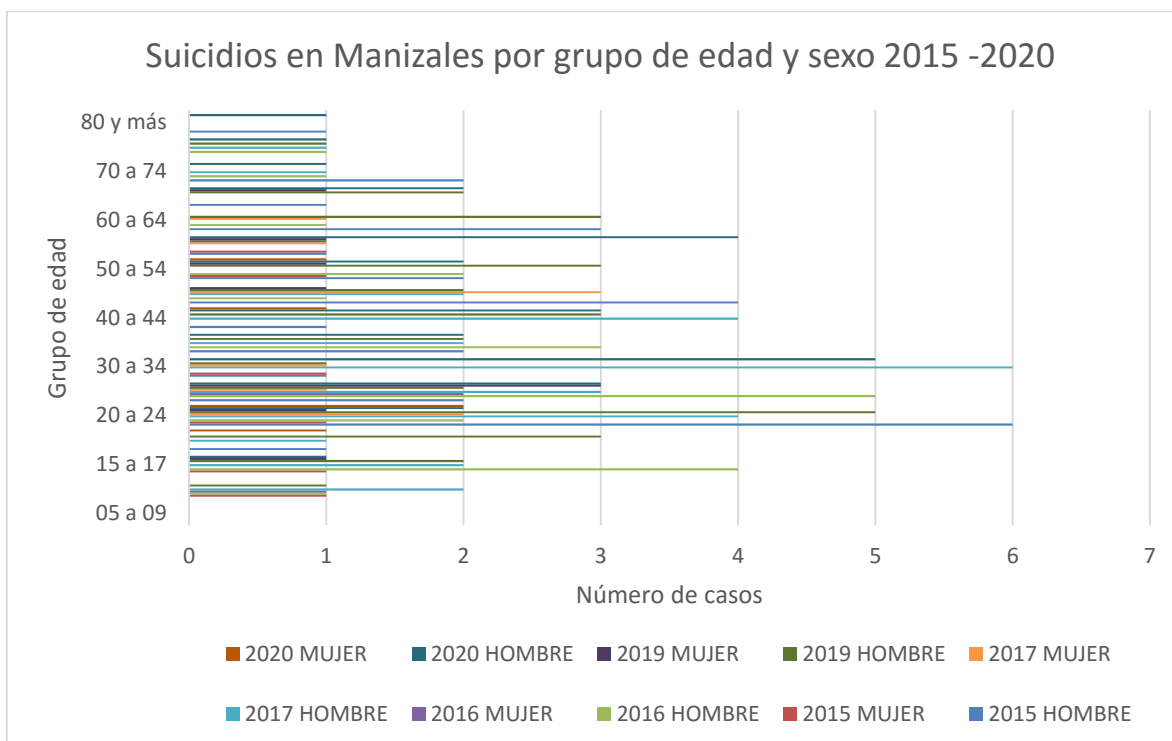


Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

Si observamos los resultados de manera más global desde la variable del ciclo vital encontramos que durante el periodo 2015 al 2020 el ciclo de vida de adultez y

juventud reportan mayores casos de suicidio consumado en la población manizaleña; vale la pena resaltar, que la vejez también tiene un total de casos que vale la pena analizar en este grupo etario.

Ilustración 19

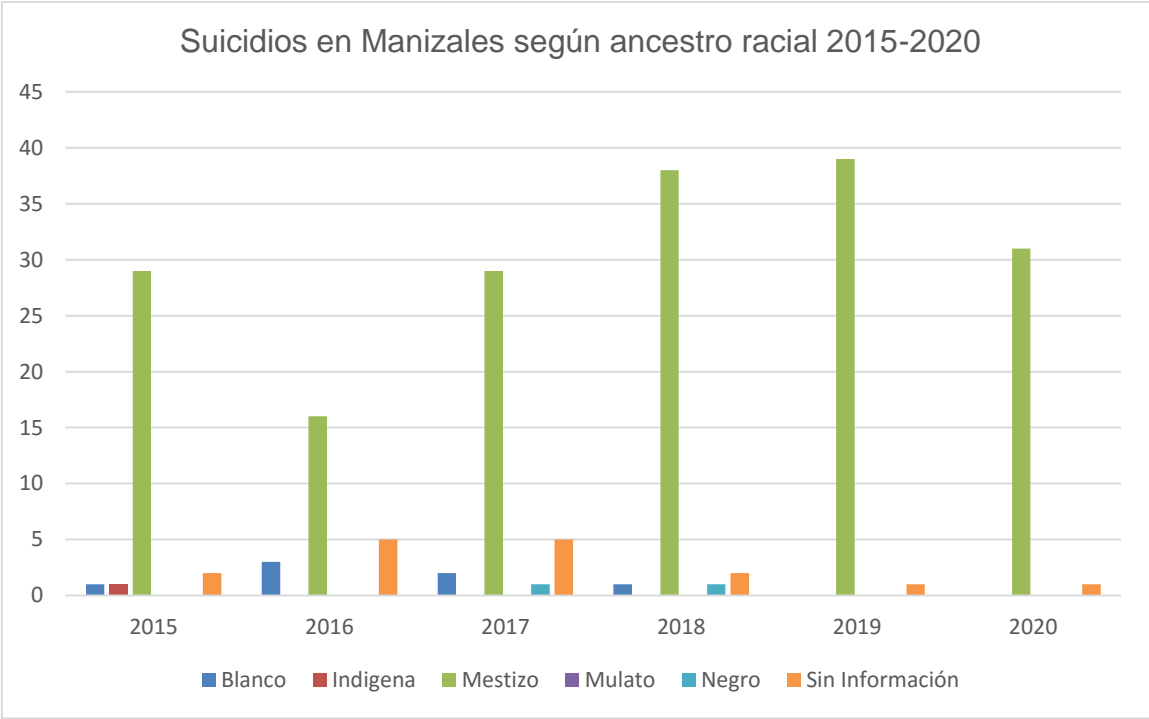


Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

Si miramos los datos de grupo poblacional de manera más precisa encontramos que los rangos de edad donde más se presenta el fenómeno del suicidio en la población manizaleña en el periodo observado 2015 al 2020 tanto hombres como mujeres esta entre los 20 a 24 años de edad en ambos sexos, sin embargo, el rango de edad entre los 45 a los 49 años en hombres durante el periodo 2015, entre los 15 a los 17 años en el periodo 2016 hombres, hombres entre los 30 a los

34 años en el periodo 2017, hombres entre los 25 a los 29 años en el 2018, hombres entre los 60 a 64 años y de los 25 a los 29 en el 2019, con datos significativamente estadísticos durante el periodo observado, que se deben tener en cuenta para políticas públicas en salud.

Ilustración 20.



Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

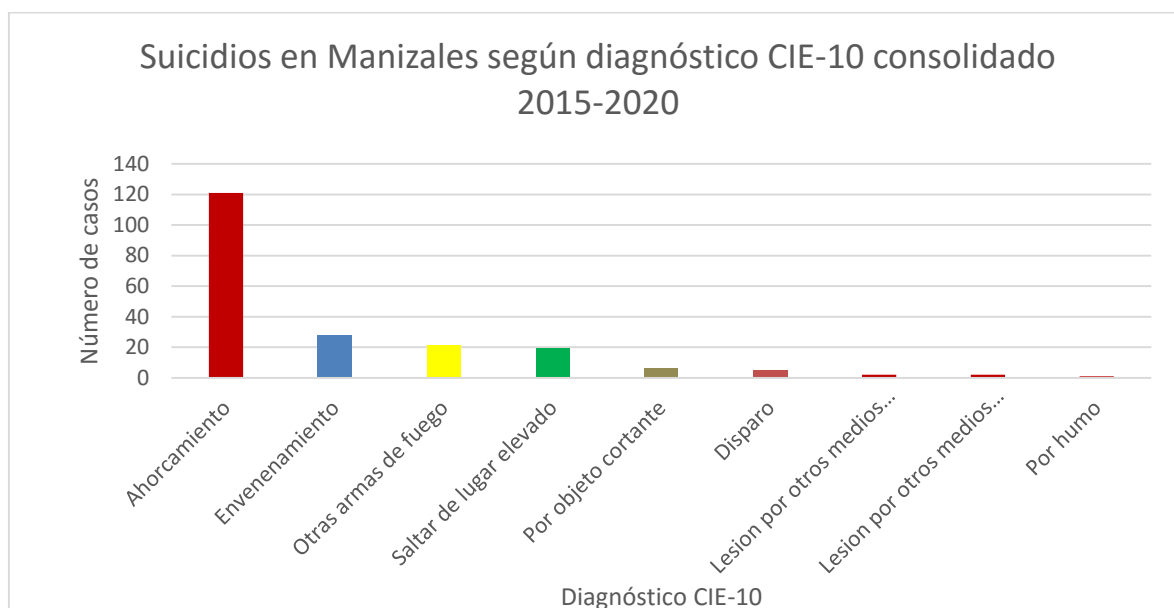
Desde la variable del ancestro racial en cada uno de los años observados 2015 al 2020; los mestizos reportaron mayores casos de suicidio consumado, seguido por sin información y blancos. En los años 2017 y 2018 se reportaron casos de muerte por suicidio en población negra, con 1 caso en cada año, respectivamente.

Otras Variables

**BASE DE DATOS
DANE**
Diagnóstico CIE 10
Mes de ocurrencia

**BASE DE DATOS
MEDICINA LEGAL**
Razón del suicidio
Mecanismo causal

Ilustración 21.



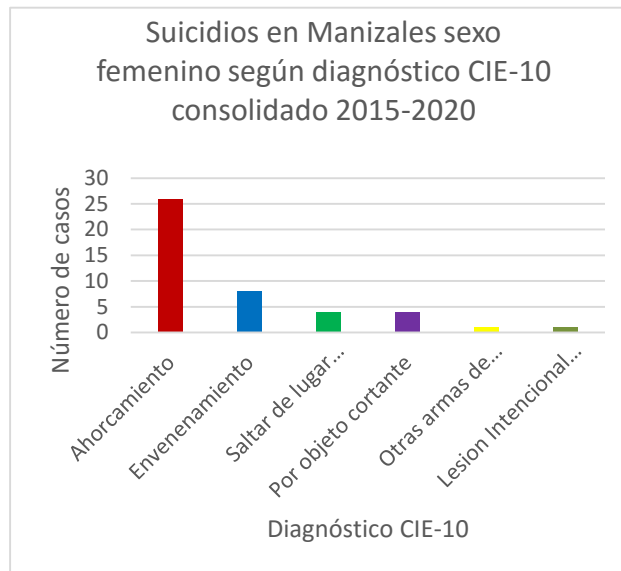
Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

En cuanto al método empleado para propiciarse la muerte, para todos los años predomina el suicidio por ahorcamiento en el 59 % de los casos, seguido por el envenenamiento en el 17 % de los casos y por las lesiones por otras armas de fuego en más del 13 % de los casos y por saltar de un lugar elevado en más del 9.3 % de los casos.

Ilustración 22.



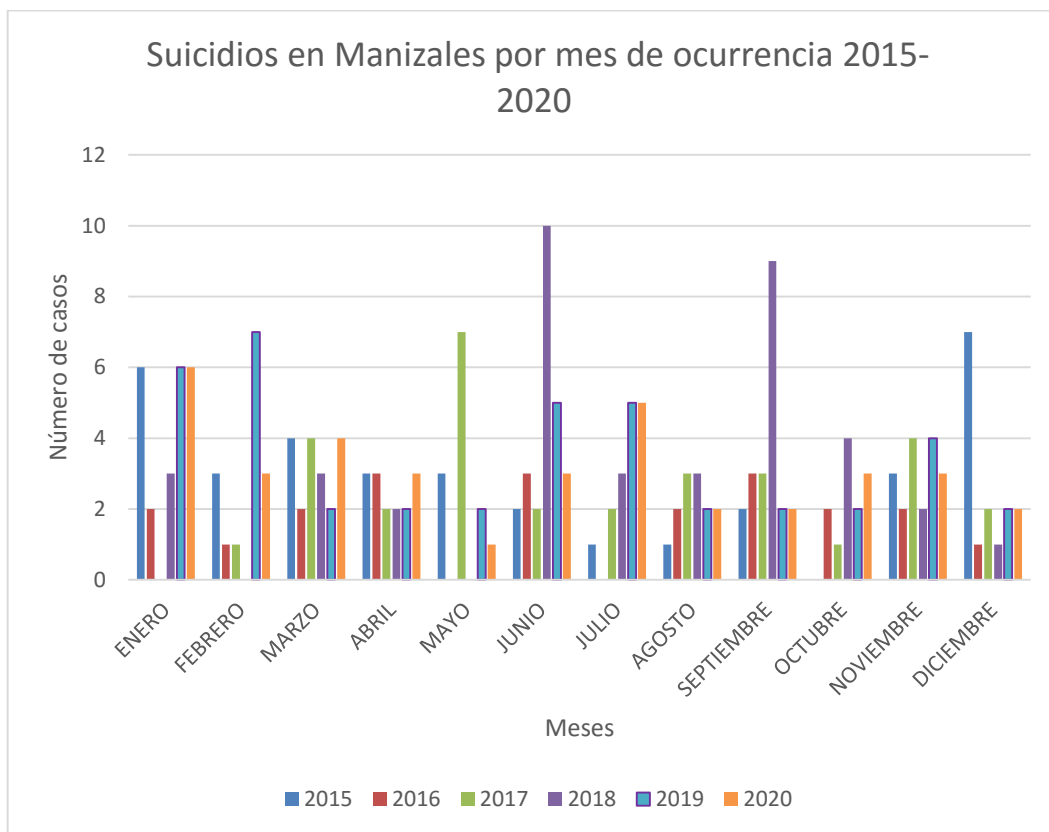
Ilustración 23.



Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

En cuanto al método empleado para propiciarse la muerte según el sexo, predomina el ahorcamiento en el 59 % de los casos de sexo masculino, seguido por el envenenamiento en el 12.4 % y en tercer lugar otras armas de fuego. En el sexo femenino también predomina el ahorcamiento en el 59 % de los casos, seguido por el envenenamiento en el 18 % de los casos y por saltar de un lugar elevado en el 9 % de los casos.

Ilustración 24.



Fuente: Base de datos de micro datos estadísticas vitales (EEVV) DANE

El comportamiento por mes de ocurrencia es disperso, para el año 2015 la mayor cantidad de casos se presentaron en los meses de diciembre y enero, para el año 2016 en los meses de abril, junio y septiembre, para el año 2017 los meses de mayo, marzo y noviembre, para el año 2018 en los meses de junio y septiembre, para el año 2019 los meses de febrero y enero y para el año 2020 en los meses de enero y julio.

Ilustración 25.

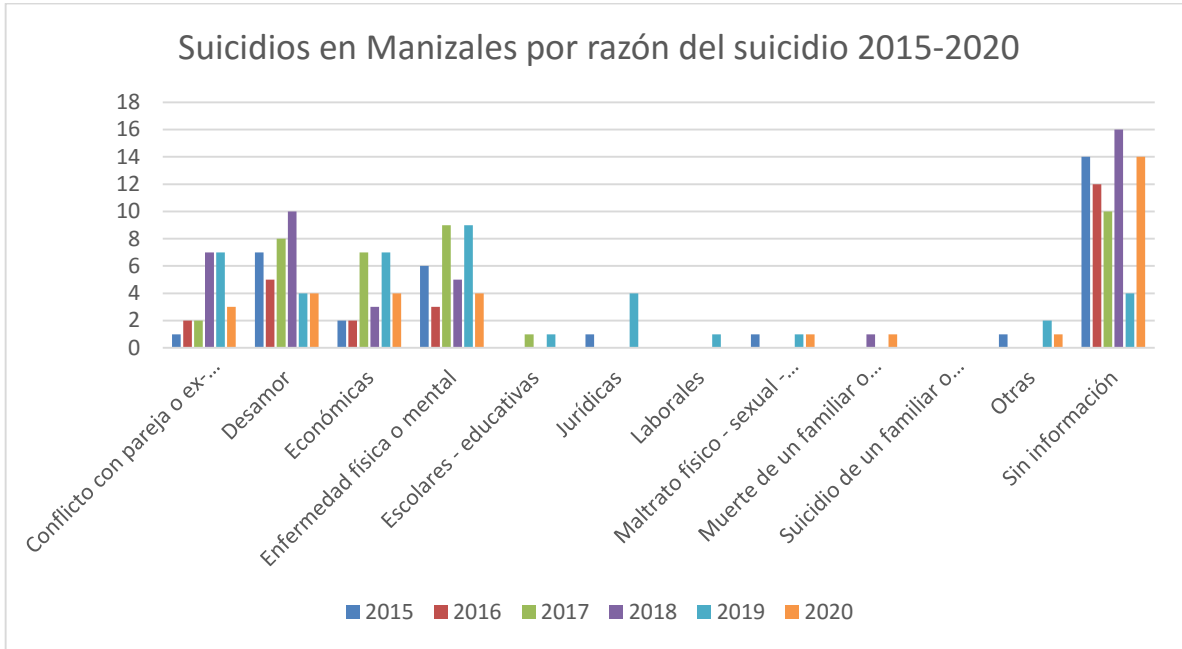
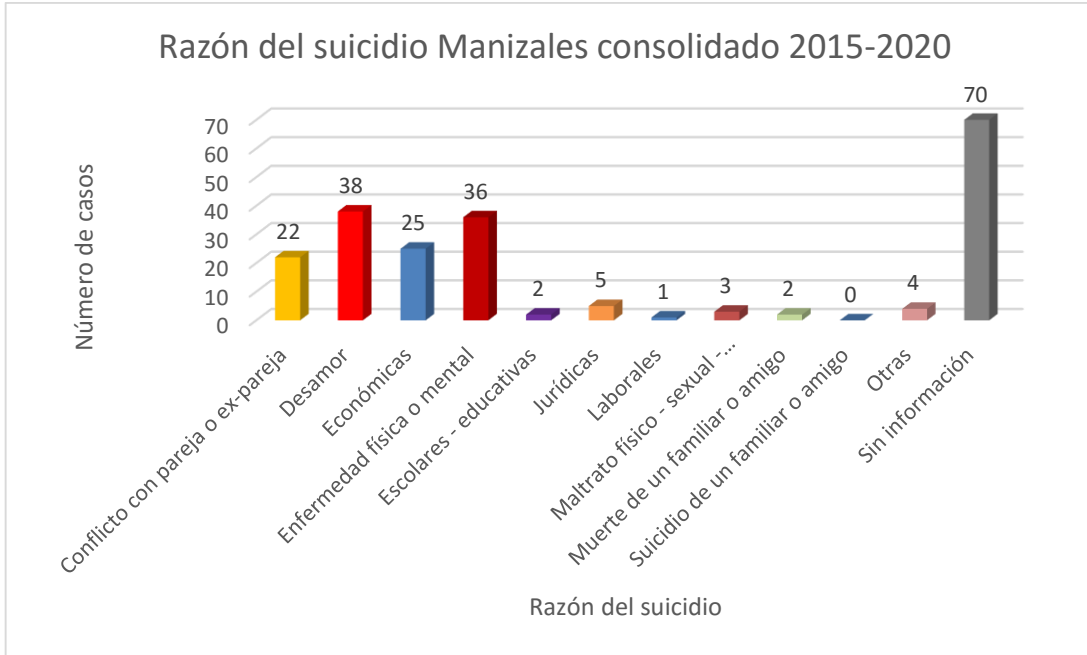


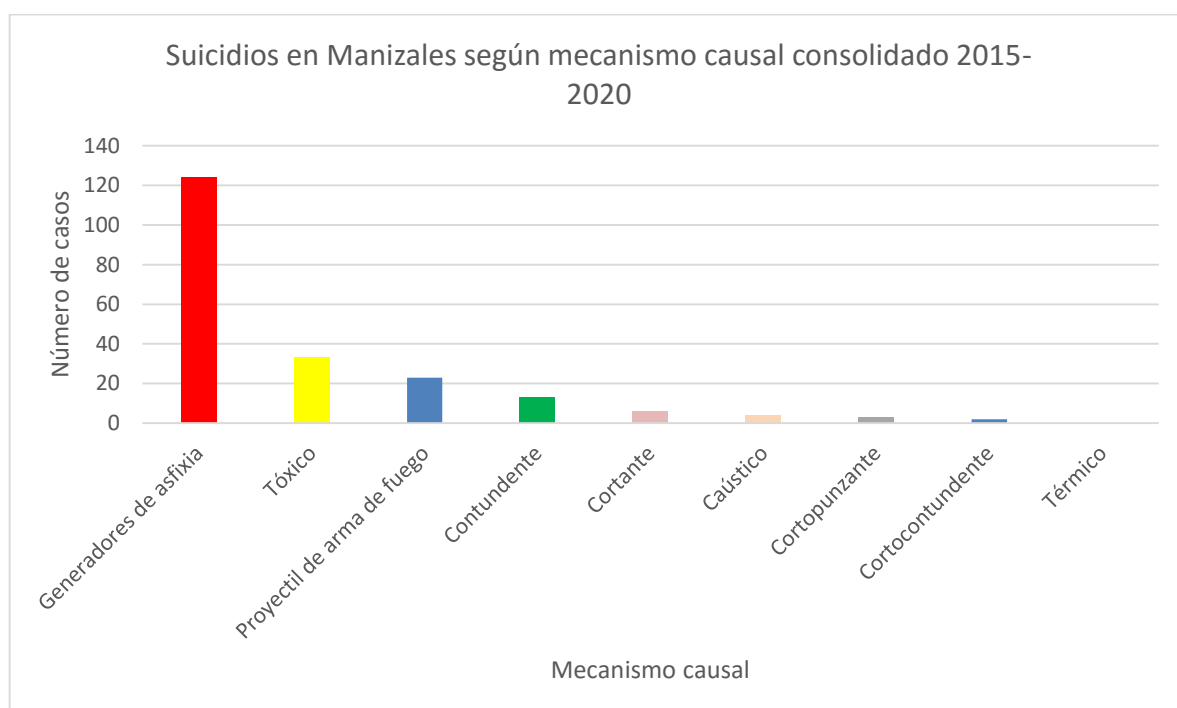
Ilustración 26.



Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

La razón del suicidio durante el periodo estudio 2015 al 2020 es aún desconocida ya que la mayoría de casos no presentan información, sin embargo, el desamor, Conflicto con pareja o ex-pareja, seguido por situaciones económica y Enfermedad física o mental, son las razones que presentan información en los casos de suicidio consumado en la población manizaleña.

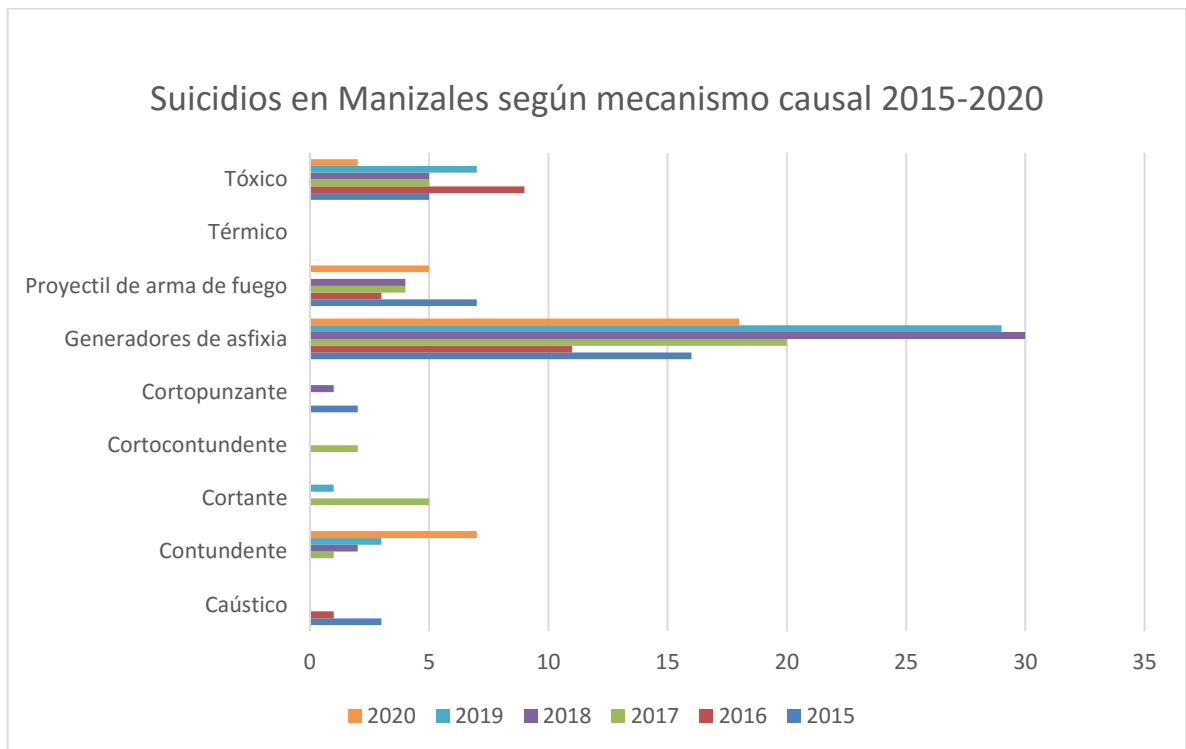
Ilustración 27.



Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

En la variable de mecanismo causal la mayoría de los casos fueron por generadores de asfixia en cada uno de los años observados, seguidos por agentes tóxicos y Proyectil de arma de fuego.

Ilustración 28.



Fuente: Base de datos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-FORENSIS

En la variable de mecanismo causal la mayoría de los casos fueron por generadores de asfixia en cada uno de los años observados, seguidos por agentes tóxicos y Proyectoil de arma de fuego.

Capítulo 5. Análisis de los Resultados

A través de los años se han generado diversas aproximaciones al concepto de suicidio, con grandes diferencias en su concepción entre corrientes teóricas y diversos enfoques propuestos para su medición. El hombre mismo, ha tratado de entender este fenómeno desde diferentes ópticas; sin embargo, las causas y factores que llevan al individuo a cometer dicha conducta es aún inexplicable para la conciencia humana.

Durante el avance de este trabajo de grado, se trató de acercarse a las definiciones que desde la epistemología se han construido; y de esta forma, acercarnos a entender esta problemática que afecta cada día a la humanidad alrededor de la esfera. Tratar de entender el suicidio desde la perspectiva de la Salud Pública, es conocer un fenómeno que no respeta género, raza, edad, estrato, escolaridad y entre un sinnúmero de variables biopsicosociales, que nos permita emprender acciones en salud mental.

Las causas por las que las personas llegan al extremo de suicidarse, son factores ligados con la calidad de vida que debe ser revisados y abordados con urgencia por las autoridades sanitarias en la ciudad. Tratar de entender la definición de calidad de vida es un tema de difícil conceptualización al igual que el suicidio, son múltiples las interacciones y la subjetividad que las personas aportan para entender estos dos conceptos, que dependen del contexto del individuo. Por

esta razón, y para llegar a una caracterización más objetiva de la calidad de vida ligada a la conducta suicida, analizaremos algunas de las variables de la perspectiva de los determinantes sociales que propone la OMS, en especial el determinante proximal: el sexo, etnia, raza, edad, factores de riesgo individual, determinante intermedio: contexto familiar, laboral y social. Determinante estructural: prestación de servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud –OMS publicó su último informe sobre las tasas de suicidio en el mundo en 2019, donde explica que este fenómeno sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo. Este informe puntualiza que para el año 2019 más de 700.000 personas se quitaron la vida de forma autoflingida, y convocó a los países colaboradores a elaborar nuevas orientaciones para ayudar a los países a mejorar la prevención del suicidio.

Colombia, no está tan lejos de esta panorámica mundial, durante el periodo 2015 al 2020 se reportaron un total 16.035 suicidios, datos obtenidos por DANE; según la tasa de suicidio construida en este periodo con los datos obtenidos del departamento de estadística DANE, las tasas oscilan entre 5.06 y 5.94 por 100.000 habitantes; siendo la más alta de las tasas en el 2018 con 5.94 por 100.000 habitantes y la más baja del periodo observado de 5.06 por 100.000 habitantes en el 2015. Por otro lado, la tendencia de suicidio en la ciudad de Manizales sobrepasa la tasa de suicidio nacional, reportando la tasa más alta en el 2019 de

9.3 por 100.000 habitantes y la más baja de 4.9 por 100.000 habitantes en el 2016.

En detalle, el informe de la OMS para el 2019, menciona que: “se suicidan más del doble de hombres que de mujeres (12.6 por cada 100.000 hombres en comparación a 5.4 por cada 100.000 mujeres). Cabe resaltar que las tasas de suicidio más altas en hombres se presentan especialmente en países de ingreso alto (16.5 por 100 000), mientras que las tasas más altas de suicidio femenino se registran en países de ingreso mediano-bajo (7.1 por 100.000)”. De lo anterior, vale la pena resaltar que, la capital del departamento de Caldas se suicida de igual manera más que el doble de hombres que de mujeres. En cuanto al sexo, los suicidios en Manizales para el periodo 2015-2020 predominan en el sexo masculino, superando en más de 10 casos por cada año al sexo femenino. En general el 78 % de las víctimas que se suicidaron eran hombres, sin embargo, esta proporción fue ligeramente superior en el año 2016 con el 90.4 % y en el año 2020 con el 81 %.

En este informe de la OMS de sobre las tasas de Suicidio en el 2019, detalla que: “las personas de 15 a 29 años el suicidio es la cuarta causa de muerte, solo detrás de accidentes de tránsito, tuberculosis y violencia interpersonal”. Por otro lado, en la ciudad de las puertas abiertas las mayores tasas de suicidio se reportan en personas mayores de 18 años. Si somos más específicos por grupo poblacional, encontramos que para el periodo 2015 al 2020, los rangos de edad

donde más se presenta el fenómeno del suicidio en la población tanto hombres como mujeres esta entre los 20 a 24 años de edad en ambos sexos.

De acuerdo con estudios realizados en la Universidad de Antioquia, García Valencia en 2011 (Valencia, 2011) determinaron si existía diferencias entre áreas rurales y urbanas de Antioquia en las características asociadas con el suicidio. “Se hizo autopsia psicológica y se calcularon razones de prevalencia (RP) (frecuencia de la característica en zona rural/frecuencia de la característica en zona urbana). Las características asociadas de manera independiente con provenir de área rural y urbana fueron: “momento del suicidio durante la noche” (RP = 0,65; IC 95 %: 0,48-0,89) y “vivir solo” (RP = 0,40; IC 95 %: 0,17-0,98), que fueron más frecuentes en zona urbana, y “envenenamiento con pesticidas”, que ocurrió más en zona rural (RP = 1,80; IC 95 %: 1,39-2,34)” (Valencia, 2011).

Resultados similares a los de nuestro estudio en la ciudad de Manizales. En cuanto al área de defunción los suicidios en Manizales para el periodo 2015-2020, predominan en la cabecera municipal durante todos los años. En general el 87 % de las víctimas que se suicidaron se encontraban en la cabecera municipal. Por estado civil, los suicidios predominan en la población soltera, en el 58 % de los casos, en todos los años estudiados. En cuanto a la ocupación predomina la falta de información, en todos los años. Sin embargo, para el año 2015 el mayor número de casos tenían como profesión ama de casa y comerciante, para el año

2016 estudiante y empleado. Se requieren estudios adicionales para evaluar los factores de riesgo propios.

Según los reportes de Medicina Legal, de casi el 40 % de los casos no hay información sobre la causa del suicidio. Sin embargo, llama la atención que la primera causa reportada es el desamor o conflictos relacionados con la pareja, seguido por enfermedad mental. En la variable de mecanismo causal la mayoría de los casos fueron por generadores de asfixia en cada uno de los años observados, seguidos por agentes tóxicos y Proyectoil de arma de fuego. Con esta alta incidencia de suicidio, el sistema de salud de Manizales, debe poner en acción una estrategia de salud mental a través de la atención primaria y de la minimización en las barreras en el acceso a los profesionales de salud expertos en salud mental.

Capítulo 5. Conclusiones

El suicidio es un fenómeno inherente a la salud pública en el mundo, su dinámica y comportamientos varían según género, edad, sexo, y otras variables a lo largo del tiempo. En Colombia el número de personas que se quitan la vida de forma auto infligida va en el aumento, y su distribución en grupos de edades específicas se ha modificado. Manizales, capital del departamento de Caldas, presenta una incidencia significativa en los últimos años, en especial el periodo comprendido 2015 al 2020, donde no bajo del ranquin de los 5 primeros puestos con mayor tasa de suicidio de Colombia, en especial en los años 2015 y 2016 donde ocupo el primer puesto en el territorio nacional. De lo anterior, es necesario motivar a sectores públicos y privados para la creación e implementación de políticas integrales que busquen de manera oportuna identificar aquellos factores de riesgo modificables que impacten en los servicios de salud en el contexto municipal y nacional en el ámbito de la salud mental.

El suicidio es un fenómeno en salud publica prevenible y modificable, por lo que conocer las características sociodemográficas de este flagelo en la ciudad de Manizales, debe ser una prioridad para el gobierno departamental, y de esta forma facilitar la creación de actividades oportunas y asequibles para todos los manizaleños; para de esta forma, intervenir aquellos factores de riesgo modificables que desde la educación, igualdad y equidad social, políticas en salud

mental y prestación de servicios de salud impacten de manera positiva en la disminución del suicidio y el intento suicida.

Entre algunos de los factores no modificables en el perfil epidemiológico de la ciudad de Manizales, se encontró que la tendencia en cuanto al sexo durante los años estudiados, la mayoría de los casos se presentaron en hombres como históricamente se ha descrito, sin embargo en los últimos años se produjo un aumento de los casos con respecto al género femenino, triplicándose, lo que invita enfrentar esta problemática desde la óptica de igualdad y equidad de género, con políticas públicas de salud prioritaria por los servicios de salud. Por otro lado, un factor de riesgo modificable encontrado en el estudio; se describió que, gran parte de los casos de suicidio se presentaron en individuos con educación secundaria o menos; por lo que, la creación de políticas transversales con el sector educativo permita la continuación o acceso a educación media vocacional o educación superior sin barreras. Otro factor de riesgo modificable de gran impacto en la determinación de la conducta suicida en la ciudad Manizaleña, está relacionada con la variable de causa de suicidio, donde en los años estudiados en este trabajo de grado, la mayor parte de los casos fue el desamor y conflicto de pareja. Lo anterior nos invita a priorizar desde la educación inicial, la importancia de los sentimientos y la educación en las emociones como factores protectores para la resiliencia en la vida social y de pareja.

Existen diferencias en el número de casos de suicidio reportados en la base de datos del DANE y la base de datos de MEDICINA LEGAL. La base de datos del DANE, reporta los casos por residencia y la base de datos de MEDICINA LEGAL reporta los datos por ocurrencia. Según la base de datos del DANE, la tasa de suicidios en Manizales fue superior que la tasa de suicidios de Colombia, excepto en el año 2016. Los años en los que la tasa de suicidio fue mayor en Manizales, fueron 2015 con 8,2, 2018 con 9,2 y 2019 con 9,3 por 100.000 habitantes.

El comportamiento de los suicidios por mes de ocurrencia en el periodo 2015-2020, no es importante. Se presenta un comportamiento diferente para cada año y no se puede establecer mayor número de casos en algún mes en particular. En cuanto a la hora de ocurrencia de la defunción, aunque hay varios años en donde predomina sin establecer la hora de defunción, durante los años que reportan hora de defunción la hora que reporta mayor número de defunciones por suicidio es la hora 0. Los casos de suicidio en Manizales, según la seguridad social predominan en el 47 % en el régimen contributivo, para el consolidado total de casos del periodo 2015-2020.

En cuanto al método empleado para propiciarse la muerte, para todos los años predomina el suicidio por ahorcamiento en el 59 % de los casos, seguido por el envenenamiento en el 17 % de los casos y por las lesiones por otras armas de fuego en más del 13 % de los casos y por saltar de un lugar elevado en más del 9.3 % de los casos.

Capítulo 5. Recomendaciones

Una vez conocido el contexto sociodemográfico y de haber caracterizado el perfil epidemiológico del fenómeno del suicidio en la ciudad de Manizales, consideramos que es necesario encender las alertas en temas de políticas públicas en salud mental. Manizales, capital del departamento de Caldas, sigue ocupando los primeros puestos a nivel nacional en el tema de mortalidad por Suicidio, fenómeno que debe ser estudiado y abordado de manera minuciosa, interdisciplinaria y rápida desde los diferentes entes territoriales del municipio desde la óptica de la salud pública.

Es conocido, que existen unos factores de riesgo modificables que pueden impactar en la disminución de las tasas de muerte por este flagelo que afecta a la humanidad y al municipio de Manizales. A partir de allí, se deben comenzar a crear estrategias en salud pública, que les permitan a los manizaleños mejorar su calidad de vida y encontrar factores protectores, cuando se presenten situaciones de vulnerabilidad asociados con el intento y la conducta suicida. El primero es implementar una política pública articulada al sector educativo, que les permita a los manizaleños acceder a educación terciaria, tecnológica y superior; de esta forma se garantiza mejorar la calidad de vida de aquellas personas que se encuentran en factor de vulnerabilidad por su formación escolar y permitirles tener mayor competitividad en el mundo laboral. Esto se puede lograr, permitiendo convenios educativos entre instituciones de educación superior del municipio, que

accedan a las instituciones educativas de las comunas más afectadas por problemas de desigualdad social, pobreza, y permitir a los estudiantes, obtener títulos de formación técnica y tecnológica, una vez haya finalizado su bachillerato.

De igual manera, a través del acompañamiento por psicólogos sociales y educativos, que permitan construir proyectos de vida, articulación a la educación superior y la invitación del sector privado para la creación de becas de sostenimiento, para aquellas personas que presenten ideas innovadoras y de cambio para una vida productiva. Teniendo en cuenta que una de las principales instituciones que permiten promover el desarrollo de las emociones del niño es la institución escolar o escuela, se recomienda que los maestros sean capacitados para identificar cuando un niño o adolescente está en riesgo de cometer una conducta suicida y así poder canalizarlos a los servicios de salud correspondientes.

Favorecer políticas públicas que integren a la mujer a la vida laboral, con la creación de programas de acompañamiento en salud mental, sexual y reproductiva, que les permita gozar plenamente de sus derechos. Mujeres con títulos profesionales acceder al campo productivo con igualdad y equidad de género; acceder a programas de educación formal y no formal, que las capacite en habilidades tecnológicas, académicas y competencias laborales para tener la oportunidad de un trabajo digno. Llevar a las zonas más vulnerables del municipio actividades y programas que les permita emprender desde el hogar,

microempresas con alto potencial económico, para contribuir al bienestar de sus familias.

Crear espacios comunicación, que les permita a la población Manizaleña momentos de reflexión emocional, resiliencia y autoestima, frente a situaciones detonantes en la determinación de la conducta suicida. Como es bien sabido, el desamor y conflictos de pareja, son algunos de las principales variables causales del suicidio en esta población. Para ello proponemos la creación de la ruta de la salud mental, esta tendrá como objetivo, brindar un espacio de escucha, diálogo, reflexión y oportunidad a la población manizaleña que se encuentre en situación de vulnerabilidad. Esta ruta, que será un hospital móvil extramural, estará equipada por profesionales en salud mental, educadores y profesionales de la alcaldía, que realizarán las siguientes actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actividades lúdicas y recreativas con mensajes de vida, construcción de proyectos de vida y optimización del tiempo libre. Servir de enlace para que aquellas personas y/o familias que presentan puntuaciones altas de riesgo de conducta suicida, se realice intervención primaria de auxilios psicológicos, y enlazarlas a los programas de sus EPS y/o IPS, para un abordaje oportuno y adecuado que impacten en la disminución de la conducta suicida. Por otro lado, se realizará seguimiento telefónico y presencial según el riesgo psicosocial, y de ser posible derivarlos a programas de oportunidad e inclusión laboral y educativa de la Alcaldía municipal como una prioridad. La ruta de la salud mental estará desplazándose en diferentes sectores de la zona urbana y rural del

municipio de Manizales; en especial, en aquellas comunas y veredas que históricamente ha presentado mayores casos de suicidio en el municipio.

Consideraciones Éticas

Este proyecto se acogió a los lineamientos éticos establecidos por la Dirección de Investigación de la Fundación Universitaria Juan N Corpas, Bogotá, Colombia, en los cuales se propone tener en cuenta el Código de Núremberg y el Código de Helsinki; a las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), a los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y a las recomendaciones éticas para las investigaciones en la Escuela de Medicina la Fundación Universitaria Juan N Corpas, Bogotá, Colombia. Específicamente con respecto al principio de no maleficencia la presente investigación fue de tipo observacional, de corte transversal, analítico y retrospectivo y no provocó daño, lesión vital o daños psicológicos a los participantes.

Bibliografía

- Ministerio de Salud. (2018). Retrieved Marzo 13, 2022 from Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Aguirre, D., & José, C. (2014, Junio 10). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista Archivos de Medicina*, 63(3). doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44205>
- Banco Mundial. (2019). Retrieved Marzo 4, 2022 from Tasa de mortalidad por suicidio (Por cada 100 000 habitantes) : <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5>.
- Benavides, VK; Villota M. (2020, Enero 29). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista UNED*, 24(3). From <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/24251>
- Bilbao Ramírez J, Alcocer Olacireguis A, Lallemand Martínez L. (2016). Reportes de suicidios en prensa de Barranquilla: un enfoque desde salud pública. *Revista CES Salud Pública*. From http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3707
- Campo A, H. E. (2014). Retrieved Abril 13, 2022 from Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013): <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n1/v44n1a05.pdf>.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes, *Archivos de Medicina, (Manizales)*; 11(1):62-67.
- Carmona A, Arango CA, Castaño Castrillón JJ, Escobar J, García CA, Godoy Martínez S. (2010, Junio). Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales (Caldas-Colombia) 2000-2008. *Archivos de Medicina*, 10(1).

- Castaño, J; Cañón S. (2022). Riesgo suicida en estudiantes universitarios de Manizales (Caldas, Colombia). *Informes Psicológicos*, 22(1). doi:<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v22n1a05>
- Chaparro-Narváez P, D.-J. D.-O. (2019, Junio 15). Tendencia de la mortalidad por suicidio en las áreas urbanas y rurales de Colombia, 1979-2014. *Biomédica*. Retrieved Marzo 20, 2022 from Revista Biomedica: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4427>.
- Dávila-Cervantes CA, P.-M. A. (2017, Noviembre 10). Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. *Revista Javeriana*, 16(33). From <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/20454>
- Fuentes L, González Arias M.M. (2009, Diciembre). Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6º a 11º grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007- 2008. *Archivos de Medicina*, 9(2). From <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273820455004.pdf&clen=594452>
- Hernández, LJ et al. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales¹¹ Nota del Editor: En esta Sección Especial se recogen las ponencias presentadas en el Seminario Interuniversidades de Programas de Posgrado en Salud Pública, en el primer semestre de 2017. *Revista de Salud Pública* [online]. 2017, v. 19, n. 3 [Accedido 16 Noviembre 2022], pp. 393-395. Disponible en: <<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>>. ISSN 0124-0064. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>.
- MANIZALES CÓMO VAMOS. (2020). Retrieved Marzo 14, 2022 from Informe de Calidad de Vida de Manizales 2019.: http://manizalescomovamos.org/wpcontent/uploads/2019/09/Calidad_de_vida_2019_compressed.pdf.
- Manizales más grande. (2020). Retrieved Marzo 10, 2022 from Alcaldía de Manizales: <https://manizales.gov.co/informacion-general/>

- Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Estadístico, Salud Mental, Bogotá. From <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/abc-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2018). Retrieved Mayo 22, 2022 from Boletín de salud mental Conducta suicida.: [en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin)
- Montoya, B. (2015). *Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015*. Retrieved Marzo 15, 2022 from Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>.
- Nizama Valladolid, M. (2011, Marzo). Suicidio. *Rev. Peru. Epidemiol.*, 22(3). From [portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20peru.%20epidemiol.%20\(Online\)&connector=ET&lang=pt](http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20peru.%20epidemiol.%20(Online)&connector=ET&lang=pt)
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Retrieved Marzo 1, 2022 from Suicidio: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Rodríguez-Hernández, JM. (2018, Abril). Riesgo de muerte por suicidio en población Colombiana 2000-2013. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 23(11). doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.24812016>.
- Unidad coordinadora Manizales como vamos. (2021). *Informe de Calidad de Vida 2020*. Retrieved Abril 10, 2022 from Manizales como vamos: www.manizalescomovamos.org
- Valencia, J. G. (2011). Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *rev.colomb.psiquiater. vol.40 no.2 Bogotá*, 34-64.
- World Health Organization. (2019). Retrieved Marzo 10, 2022 from Suicide worldwide in 2019: global health estimates. : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>.